



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Referenciais para a construção do processo de enfermagem na consulta de saúde mental e psiquiatria na infância e adolescência - o processo de implementação

Pedro Miguel Morgado Amaro

Orientação: Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Mestrado em Profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

Évora, 2016

À Paula

Beatriz e Sofia

Agradecimentos

Aos utentes e famílias que fizeram parte desta aventura, com vocês aprendi muito e isso fez de mim uma pessoa e profissional diferente. Não esquecerei os momentos de partilha que tivemos.

Um agradecimento muito especial à Enfermeira Isabel Telo que supervisionou o meu estágio e me deu outra visão do que é a atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental.

À Enfermeira Teresa Alegre pela confiança que depositou em mim e pela forma como me incentivou sempre a continuar.

Ao Professor Doutor Raul Cordeiro pela forma como orientou esta minha aquisição de competências. Conhecendo-me fez-me sempre ir além do limite, pelo seu sentido crítico em relação ao trabalho desenvolvido e pelas suas questões constantes.

À equipa do Departamento de Psiquiatria do Hospital Dr. José Maria Grande, pelas nossas discussões acerca deste trabalho e pelo exemplo profissional que deram.

Aos professores da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, pelo empenho que colocaram na minha formação. Ficou clara a forma como apresentam os conteúdos com conhecimento de causa.

Um agradecimento particular à Professora Dulce Magalhães e Professora Margarida Sim Sim, por nunca recusarem as nossas pequenas tertúlias acerca do desenvolvimento infantil e formas de intervenção e avaliação.

RESUMO

É na infância e adolescência que se cria a individualidade de cada ser humano, adquirem-se normas e valores dos contextos que se está inserido. Na relação com estes contextos surgem formas individuais de pensar e reagir. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental surge como elemento que ajuda os utentes na sua relação com os seus contextos internos e externos na promoção da saúde, prevenção de riscos, prestando cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional.

O presente relatório descreve o processo de implementação de referenciais para a consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil. Divide-se na fase de planeamento e na fase de implementação.

Na avaliação e intervenção há a necessidade de adaptação à pessoa e seu nível de desenvolvimento das estratégias usadas. Revelaram-se eficazes as estratégias de ludoterapia, musicoterapia, filmeterapia, mediadores de expressão na gestão da relação da criança e adolescente consigo e com o que o rodeia, havendo ganhos quer a nível da satisfação dos utentes e familiares, adaptação, bem-estar e autocuidado, prevenção de complicações e promoção da saúde.

Palavras-chave: processo de enfermagem, infantojuvenil, saúde mental, relação de ajuda, competências

ABSTRACT

BENCHMARKS FOR THE CONSTRUCTION OF THE NURSING PROCESS IN MENTAL HEALTH CONSULTATION AND PSYCHIATRY IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE - THE IMPLEMENTATION PROCESS

The individuality of each human being is created during childhood and adolescence. Norms and values of the context where each one is inserted are acquired. Individual thinking and reacting ways rise, relating to this context. The mental health nursing specialist is one element that helps users in their internal and external contexts relationship, regarding to health promotion and risk prevention with psycho therapeutic, social therapeutic, psychosocial and psychoeducational care providing.

This report describes how to insert references to the children and adolescent mental health nursing consultation. It is divided in planning and implementation phases.

During assessment and intervention, there is the need to adapt these strategies to each person and their level of development. Ludo therapy, music therapy, movie therapy, expression mediators, showed efficacy in children and adolescent management relationship with themselves and their surroundings, with gains both in terms of user and family satisfaction, adaptation, welfare, self-care, complications prevention and health promotion.

Key words: process of nursing, childhood and adolescence, mental health, help relationship, skills

Índice

1 – INTRODUÇÃO	8
2 – ANÁLISE DO CONTEXTO	10
2.1 – Análise do ambiente de realização de estágio.....	10
2.2 – Caracterização dos recursos materiais e humanos	11
2.3 – Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências.....	13
3 – CONCEPTUALIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL INFANTIL E JUVENIL	15
3.2 - A propósito de emoções e sentimentos	22
3.3 - A propósito de literacia em saúde	24
3.4 – Entrevista como instrumento de relação de ajuda	26
3.5 – A entrevista como processo.....	36
3.5.1 – Fase de preparação	37
3.5.2 – Fase de orientação	39
3.5.3 – Fase de exploração.....	39
3.5.4 – Fase de conclusão ou de separação.....	40
3.6 – Questões éticas	41
4 – PLANEAMENTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL INFANTIL E JUVENIL	43
5 – IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL INFANTIL E JUVENIL	48
5.1 – O contexto.....	48
5.1 - População.....	49
5.2 – Instrumentos de avaliação	53
5.3 – Diagnóstico/intervenção	56
5.4 – Satisfação dos utentes/família	70

5.5 – Resultados da intervenção na consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil	73
5.6 – Divulgação de resultados da consulta de enfermagem infantil e juvenil à comunidade	77
5.7 – Oportunidades de melhoria	78
6 – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	80
7 – CONCLUSÃO	84
Bibliografia	86
Anexo I – Plano de aquisição de competências.....	91
Anexo II – Classificação social da família estabelecida pelo Professor Graffar	98
Anexo III – Apresentação de fundamentação de consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil a equipa do Departamento de Psiquiatria	101
Anexo IV – Guia de Apoio à consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil .	110
Anexo V – Parametrização dos Fenómenos de Enfermagem (CIPE® BETA2)	165
Anexo VI – Metodologias de avaliação.....	177
Anexo VII – Plano e avaliação por utente.....	189
Anexo VIII – Cartaz de divulgação de resultados da consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil à comunidade.....	202

1 – INTRODUÇÃO

A infância e adolescência são fases do ciclo vital de constantes mudanças sendo várias as teorias de tentam de alguma forma explicar este fenómeno. Quando nos debruçamos sobre as teorias explicativas do desenvolvimento humano parecem só por si não conseguir dar uma explicação completa sobre a complexidade que é a infância e adolescência. Nestas fases de vida está bem patente as aquisições que existem quer a nível físico, social ou psicológico, há uma adaptação ao mundo que os envolve. Esta adaptação tem sido diferente ao longo dos tempos por também os contextos têm sofrido mutação quer a nível de valores, tipos de família, fatores económicos, políticos, etc. Assim parece um erro querer compreender e analisar todas as infâncias e adolescências pelo mesmo referencial. Cada pessoa é um ser único e individual, como tal tem uma forma próprio de viver e sentir o que o rodeia, e como refere Pio Abreu (2011) de viver o seu perimundo, adaptando-se a ele e criando estratégias de resposta de acordo com o seu grau de desenvolvimento.

Na relação das crianças e adolescentes com o exterior e consigo mesmo surgem situações que afetam o seu desenvolvimento e a sua harmonia. É nesta forma de relação que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental poderá intervir. Temos assim vários papéis na nossa intervenção, que poderão ir, de acordo com Peplau, desde o papel de estranho, papel de pessoa de recurso, papel de professor, papel de líder, papel de substituto até papel de conselheiro. A relação começa com a aferição do que são as expetativas da criança ou adolescente, o que são as suas crenças e quais as suas potencialidades. Começa assim um caminho a dois uma perspetiva de parceria.

Este relatório surge do estágio realizado na Área de Atendimento Infantil e Juvenil do Departamento de Psiquiatria da Unidade Local de Saúde no Norte Alentejano. Era um serviço que não tinha na altura apoio de enfermagem, nem tinha um processo de trabalho definido para a área de enfermagem neste contexto. O estágio dividiu-se em duas fases; primeiro o planeamento da consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil e uma segunda fase de implementação da consulta e divulgação dos resultados.

A primeira fase foi importante na medida em que permitiu criar referenciais para a posterior implementação. A fase de planeamento é de extrema importância na medida em que permite a definição de processos de avaliação e intervenção. Permite ainda a monitorização do processo criando pontos de análise que levam à melhoria contínua da consulta de enfermagem de saúde

mental infantil e juvenil. Toda esta fase implicou a participação dos colegas de forma a haver uma apropriação do projeto.

Na fase de implementação houve a operacionalização do que foi planeado. Permitiu ainda a minha aquisição de competências específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. Esta fase foi importante na medida em que gerou oportunidades de melhoria para a consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil. Cria-se assim uma oportunidade de, numa perspetiva de qualidade dos cuidados prestados, ir melhorando o projeto proposto.

Início o relatório de estágio com uma análise do contexto onde descrevo o local onde desenvolvi o estágio quer em termos de recursos humanos quer em termos de espaço físico e recursos materiais. Houve a necessidade de conceptualizar a consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil, este capítulo é importante na medida em que criou uma base para o desenvolvimento da consulta. No capítulo 4 surge toda a fase de planeamento da consulta, onde descrevo todas as atividades feitas durante este tempo. Segue-se a fase de implementação da consulta onde surge a descrição da população, os instrumentos usados e os resultados obtidos, assim como a divulgação destes à comunidade. Um ponto importante desta fase foi a análise das oportunidades de melhoria que surgiram, dando a perceção que o projeto não se esgotou no tempo. Por fim farei uma análise das competências adquiridas.

2 – ANÁLISE DO CONTEXTO

2.1 – Análise do ambiente de realização de estágio

O estágio desenvolveu-se na Área de Atendimento Infantil e Juvenil (AAIJ). A AAIJ, criada em 1987, funciona no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano - EPE e tem como área de abrangência o distrito de Portalegre e pretende dar resposta a crianças e jovens dos 0 aos 18 anos de idade englobando situações de:

- Reações de desadaptação;
- Perturbações de comportamento;
- Perturbações do desenvolvimento;
- Perturbações da linguagem e/ou fala;
- Perturbações emocionais;
- Perturbações da aprendizagem escolar;
- Perturbações psicossomáticas.

As atividades da Área de Atendimento Infantil e Juvenil vão desde ações de avaliação diagnóstica até ao encaminhamento para outras estruturas. Há um trabalho de ligação com serviços da comunidade nomeadamente serviços de saúde pública, escolas, infantários, instituições que tenham intervenção em crianças e jovens com necessidades especiais de educação, e serviços ligados ao atendimento especializado de crianças (ex. CERCI, APPACDM). Assim o trabalho desenvolvido tem como alvo as crianças/jovens e o meio que as envolve e em que estão inseridas e que mostra a visão sistémica que se tem da pessoa.

Os pedidos de atendimento podem ser efetuados pessoalmente, pelo telefone, por escrito ou por correio eletrónico, em que devem constar os seguintes elementos: identificação da criança/jovem, idade, nome dos pais ou responsável, endereço completo, incluindo o número de telefone, iniciativa do pedido e motivo do pedido.

É feita uma entrevista inicial. Esta era realizada anteriormente por um enfermeiro, atualmente e devido a não haver enfermeiro destacado no departamento a entrevista de acolhimento é realizada pela assistente social, em que é preenchida a Ficha de Acolhimento. Nesta sessão procura-se avaliar elementos como história pessoal, história familiar e história da

doença atual, avalia-se o motivo o pedido de consulta e a motivação da pessoa. Se houver condições para atendimento há a marcação de consulta e abertura do processo administrativo. Há uma triagem no sentido de definir os técnicos que fazem a observação inicial, podendo haver o encaminhamento para outro serviço se for caso disso.

A observação inicial pode incluir vários momentos sendo concluída quando o técnico ou técnicos considerarem ter os elementos necessários para discussão, orientação e plano terapêutico do caso em reunião técnica. O seguimento do caso poderá ser feito por um ou mais técnicos, havendo assim uma abordagem multidisciplinar.

São feitas reuniões técnicas, regulares (está previsto semanalmente e sempre que necessário), onde é discutida a evolução dos casos, o plano terapêutico, e são discutidas propostas de intervenção. A alta é dada após conclusão do processo terapêutico.

2.2 – Caracterização dos recursos materiais e humanos

A Área de Atendimento Infantil e Juvenil funciona em edifício situado na Avenida do Brasil em Portalegre e conta com 4 gabinetes de atendimento, 1 ginásio, sala de reuniões, sala de espera, sala de expressão plástica, secretaria, WC. O espaço está adaptado à população que recebe, e permite manter a privacidade das crianças e jovens em consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil. Cada sala está equipada com material adequando à sua função, desde jogos, espelhos, pufs, baloiço, quadro, etc.

A equipa é formada por psicólogo, terapeuta da fala, terapeuta familiar, pedopsiquiatra, assistente social e atualmente em fase de transição está o serviço de terapia ocupacional e de educação especial. Nesta equipa há um conjunto de saberes que se completa e permite o desenvolvimento profissional e pessoal de cada um assim como permite o desenvolvimento da própria equipa. De salientar que atualmente na equipa não está nenhum enfermeiro a exercer as funções de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, apesar de já ter havido. A enfermeira Isabel Telo está na Área de Atendimento Infantil e Juvenil a desenvolver consulta de terapia familiar.

Segundo o dicionário Priberam equipa é um grupo de pessoas reunidas para uma mesma tarefa ou ação (Priberam, Dicionário, 2015). Reconheço que o trabalho em equipa trata-se essencialmente de experiências de relacionamento, de partilhar espaços e tempos entre pessoas diferentes mas que partilham um sentido comum nas suas relações e como tal implica compreensão e aceitação do outro. Morin (2001) citado por Feriotti (2009) aponta como fator

essencial nesta comunicação que há entre as várias pessoas que constituem a equipa o que chamou de ética da compreensão que implica entre outros a capacidade de autoconhecimento e introspeção, abertura às ideias dos outros e tolerância.

Quando entrei para a Área de Atendimento Infantil e Juvenil, numa das reuniões técnicas, houve a apresentação dos meus objetivos de estágio aos outros técnicos, e as atividades propostas. No início surgiram várias questões em relação ao que iria fazer e a forma como o iria fazer. Notei que ainda existe algum desconhecimento do campo de ação do enfermeiro de enfermagem de saúde mental e das suas competências. Também vi esta atitude nos contactos que fazia com professores ou educadores nas escolas.

Este desconhecimento reflete-se tanto nos profissionais de outras áreas como na população em geral, o que segundo dados do relatório Saúde Mental em Números (2013) leva a que a percentagem de doentes que procuram a ajuda de um profissional devido a problemas psicológicos ou emocionais não procure um enfermeiro, mas sim um psiquiatra, psicólogo, farmacêutico, ou clínico geral.

Acredito que este caminho tem que ser percorrido quer a nível das várias áreas profissionais quer a nível da população em geral. Teremos que ser nós a afirmar os nossos cuidados por aquilo que fazemos e a forma como o fazemos e divulgamos e ainda como intervimos nas instituições sociais. Compreender a enfermagem como prática social significa ultrapassar as suas dimensões técnico-operativas, decorrentes da aplicação direta do saber biotecnológico, e vê-la como uma das muitas práticas da sociedade, com as quais compartilha a responsabilidade pela saúde. A enfermagem assim é vista como integrante do processo de produção de saúde, guardando correlação com a finalidade social do trabalho e das instituições sociais (Chiesa et al citado por Zoboli & Schweitzer, 2013).

Outra das preocupações iniciais era o limite no tempo do meu projeto com a população escolhida. Ou seja, havia a preocupação com a relação que se iria estabelecer com as crianças e jovens e depois teria o seu fim. Também reconheci este constrangimento ao desenvolvimento do meu estágio, visto que um dos meus objetivos era seguir utentes em consulta de enfermagem de saúde mental, de forma “autónoma” (com supervisão) e em articulação com as outras áreas. Esta questão suscitou em mim em primeiro lugar um aumento da responsabilidade e da necessidade de definir com as crianças/jovens e familiares claramente o âmbito da intervenção terapêutica havendo assim clareza e transparência nos meus objetivos. Também suscitou uma maior motivação para a sistematização da consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil de forma a criar um espaço terapêutico que pudesse ter continuidade e assim poder

contribuir para a reintrodução de um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria na Área de Atendimento Infantil e Juvenil.

2.3 – Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências

As competências por si só não existem; existem, sim, pessoas que demonstram as suas competências, ou melhor, têm desempenhos eficientes em determinados contextos. Uma resposta competente, perante uma determinada situação ou desafio. É única em cada indivíduo, porque dele depende e põe à prova as suas capacidades (Pires, 2002).

O meu principal objetivo com a realização deste mestrado integrado em enfermagem de saúde mental e psiquiatria foi o adquirir competências como enfermeiro especialista desta área. Como motivação pessoal e profissional tive a minha proximidade e afinidade com este tipo de população. Já há 15 anos que trabalho na área da psiquiatria mais especificamente na área do défice intelectual com outras patologias físicas e síndromes associados. Sempre suscitou em mim o interesse em compreender e desenvolver a minha ação na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença mental. Surge aqui mais uma etapa do meu caminho para a perícia, para a resposta competente, melhorando a qualidade dos meus cuidados e como tal favorecendo as pessoas a que assisto. Com esta melhoria de cuidados para as pessoas e esta parceria acabo por ganhar também eu em termos de realização pessoal e profissional.

Como competências a adquirir assumi aquelas que a Ordem dos Enfermeiros define como específicas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. A enfermagem de saúde mental tem como foco de interesse a promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção em respostas humanas que são desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, são geradoras de sofrimento ou provocam alteração/doença mental (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Segundo a Ordem dos Enfermeiros a especificidade do enfermeiro de saúde mental surge assim nas competências de âmbito psicoterapêutico que desenvolve e que lhe permitem fazer uma avaliação e intervenção que difere das restantes especialidades na promoção e proteção da saúde mental da pessoa/grupo assistido. Tendo estas competências como base, desenvolvi o meu plano de estágio, com um conjunto de atividades que acreditava permitirem a sua aquisição (Anexo I). Mais à frente apresentarei reflexão sobre a forma como considero ter adquirido estas competências, assim como as oportunidades de melhoria.

O facto de poder desenvolver o estágio na Área de Atendimento Infantil e Juvenil deu uma particularidade a este caminho, que foi o poder desenvolver atividades com crianças/jovens e as suas famílias. Pessoalmente considero uma mais-valia no meu processo de aprendizagem pela forma como aquilo que desenvolvi no estágio poder ser aplicado no meu local de trabalho (Centro de Recuperação de Menores – Assumar).

A infância e adolescência são fases do ciclo vital com aspetos que vão influenciar a forma como fazemos a avaliação diagnóstica e intervenção, pelo que considero importante um enquadramento conceptual inicial, sobre a população assistida, assim como a sua caracterização.

3 – CONCEPTUALIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL INFANTIL E JUVENIL

O apoio a esta população tornou-se um desafio para mim devido às suas particularidades, pondo assim à prova as minhas capacidades como pessoa e como profissional. No entanto, este desafio serviu de estímulo à reflexão, entrega e pesquisa. Os casos que acompanhei implicaram e desenvolveram em mim uma maior compreensão da criança e adolescente e dos seus processos de transição, de forma a poder desenvolver os cuidados de enfermagem. A reflexão expande o autoconhecimento e potencia a autoexigência consciencializando para a necessidade de procurar e construir conhecimento para a razão e modo de agir (Alarcão & Roldão, 2008). A Ordem dos Enfermeiros (2009) define ainda que o enfermeiro especialista assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

3.1 – A criança/adolescente

A Convenção Sobre os Direitos da Criança adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990 define no artigo 1 da primeira parte que a “criança é definida como todo o ser humano com menos de dezoito anos, exceto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo” (UNICEF, 1990).

O conceito de criança tem vindo a desenvolver-se ao longo dos tempos. Tem havido inclusive uma mudança de conceção social da criança. Está associado à criança a ideia de futuro, e é comum ouvir-se a expressão que “as crianças são os homens e mulheres de amanhã” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

São várias as teorias que surgem para explicar o desenvolvimento da personalidade da criança desde as psicanalíticas, interpessoais, desenvolvimento psicossocial, relações objetais até as teorias do desenvolvimento cognitivo e moral.

Piaget no seu trabalho relativo ao desenvolvimento cognitivo em crianças baseia-se no pressuposto de que a inteligência humana é uma extensão da adaptação biológica ou por outro lado da capacidade que o indivíduo tem em adaptar-se ao ambiente. Piaget acreditava que o desenvolvimento da criança se dá por estágios sucessivos e num crescendo de complexidade de organização e lógica (Townsend, 2014). Definiu 4 estágios:

Estágio 1 – Sensoriomotor: este estágio decorre do nascimento aos 2 anos de idade. Neste há uma necessidade da criança em satisfazer apenas as suas necessidades básicas como alimentação ou conforto. Ao manipular os objetos e experienciar o exterior começa a haver uma maior compreensão deste e há uma maior diferenciação, com maior mobilidade e consciência. Inicia-se o que Piaget designou por sentimento de permanência dos objetos, ou seja, apesar de não estar mais presente aos sentidos o objeto vai continuar a existir.

Estágio 2 – Pré-operacional: ocorre dos 2 aos 6 anos. Piaget caracterizava-o pelo egocentrismo. Há uma incapacidade de aceitar os pontos de vista dos outros. Começa também nesta altura a desenvolver-se a linguagem e os gestos simbólicos. Por exemplo, se trás uma bola é porque quer ir brincar, ou se trás um livro é porque quer ouvir uma história. Começa a haver a capacidade de elaborar representações mentais de objetos ou pessoas.

Estágio 3 – Operações concretas: este estágio ocorre entre os 6 e 12 anos. Começa a haver a aplicação da lógica no entanto ainda predomina o concreto. Surge o conceito de espacialidade e reversibilidade ou seja, a criança apercebe-se de que apesar de mudar a forma dos objetos não altera o seu volume ou quantidade ou peso. Há a capacidade de caracterizar os objetos pelas suas características, reconhecendo a individualidade desses objetos. Há a diminuição do egocentrismo e aumenta a capacidade para cooperar com os outros e compreender e aceitar as regras estabelecidas.

Estágio 4 – Operações Formais: este estágio ocorre após 12 anos até 15 e mais anos. Há uma maior capacidade de abstração do pensamento, testam-se hipóteses para resolver problemas. Há um retorno de um certo egocentrismo e pode haver alguma dificuldade em ajustar as esperanças mais idealista com as mais realistas. No entanto, pertite haver a criação de um ideal do real. Segundo Piaget nesta fase atinge-se a maturidade cognitiva para a idade adulta.

Erikson descreveu 8 estagios de desenvolvimento da personalidade segundo uma perspetiva psicossocial. Está presente o conceito de crises de desenvolvimento em que “tarefas específicas associadas a cada estágio devem ser completadas para haver resolução da crise e crescimento emocional” (Townsend, 2014).

Confiança versus Desconfiança: Nascimento a 18 meses. Neste estágio a principal tarefa é desenvolver uma confiança básica na figura materna e ser capaz de generalizar isto para outras pessoas. Há confiança, quando as necessidades básicas são atendidas, permite criar autoconfiança, optimismo e esperança no futuro e associar isso a outras pessoas, quando esta

crise não é ultrapassada a pessoa torna-se incapaz de confiar e há insatisfação emocional consigo e com os outros. Acontece se os cuidadores não responderem pronta e consistentemente ao sinal de angústia do lactente (Townsend, 2014)

Autonomia versus Vergonha e Dúvida: 18 meses a 3 anos. A principal tarefa é desenvolver a independência. A aceitação do controle social pela criança está implícita do que se espera dela, quais são seus privilégios, obrigações e limitações. Deste aprendizado surge também a capacidade e as atitudes judiciosas, ou seja, surge o poder de julgamento a criança, já que ela está a aprender as regras. (Rabello & Passos, SD).

Sendo realizada esta tarefa, a pessoa cria uma capacidade de retardar a gratificação, juntamente com um sentimento de auto-confiança no seu desempenho. Haverá independência se os cuidadores o proporcionarem, ou seja, se derem oportunidade para isso. Caso contrário, a criança fica com falta de confiança em si mesmo, falta de orgulho na capacidade de resolução, sentimento de ser controlado e raiva contra si mesmo. Deve haver também preparação para o fracasso. (Townsend, 2014)

Em uma explanação mais completa sobre a vergonha, Erikson ressalta que trata-se, na verdade, de raiva dirigida a si mesmo, já que pretendia fazer algo sem estar exposto aos outros, o que não aconteceu. A vergonha precederia a culpa, sendo esta última derivada da vergonha avaliada pelo superego (Erikson, 1976 citado por Rabello & Passos, SD)

Iniciativa versus Culpa: 3 a 6 anos. A principal tarefa é desenvolver a iniciativa e a capacidade de dirigir as próprias actividades. Há a criação da capacidade de moderação relativamente a comportamentos sociais impróprios. Há um aumento da responsabilidade e gosto pelas conquistas pessoais. Os impulsos são começam a ser controlados devido ao desenvolvimento da consciência. Há tanto mais iniciativa quanto mais encorajamento houver. Se esta crise não for resolvida está sempre presente um sentimento de derrota. A criança irá ver-se como má e merecedora de punição. Esta crise não é resolvida se os pais não incentivarem e não recompensarem a criatividade. Surge o sentimento de culpa por parte da criança. (Townsend, 2014)

Erikson alerta ainda para o perigo da personificação. Quando a criança, ao tentar escapar-se da frustração de ser incapaz para algumas coisas, exagera na fantasia de ter outras personalidades, de ser totalmente diferente do que é e pode-se tornar compulsiva por esconder seu verdadeiro “eu”; nesse caso, pode passar a sua vida a desempenhar “papéis”, e afastar-se cada vez mais do contato consigo mesmo. (Rabello & Passos, SD)

Industria versus Inferioridade: 6 a 12 anos. A principal tarefa é desenvolver um sentimento de auto confiança pela aprendizagem, competição, desempenho com êxito e ser reconhecido pelos outros. Se ultrapassada esta fase cria o gosto da relação com as outras pessoas. Criam-se hábitos de trabalho confiáveis e torna-se merecedor de confiança. Tem orgulho nas conquistas. Se esta crise não é ultrapassada há dificuldade na relação interpessoal, não há cooperação com outros em atividades de grupo, pode tornar-se passivo ou excessivamente agressivo para encobrir sentimentos de inadequação. Ocorre quando há expectativas pouco realistas em relação à criança ou há uma disciplina muito dura. (Townsend, 2014)

Há interesse pelos instrumentos de trabalho, levantando a questão da competência. Se houver insucessos com os quais a criança não consegue lidar, poderá regredir a fase anterior. A ordem e as formas técnicas passam a ser importantes para as crianças desta fase. Mas Erikson alerta para o formalismo, ou seja, a repetição obsessiva de formalidades sem sentido algum para determinadas ocasiões, o que empobrece a personalidade e prejudica as relações sociais da criança. (Rabello & Passos, SD)

Identidade versus Confusão de Papeis: 12 a 20 anos. A principal tarefa é integrar as tarefas dominadas nos estágios anteriores a um sentimento de segurança em relação a si. Há a criação de uma identidade, autoconfiança, estabilidade emocional e criação de individualidade. São feitos compromissos com uma carreira, por exemplo, com outros membros do ciclo de relações. Esta identidade depende da autonomia que se teve e tem em relação à tomada de decisão. Deve haver o encorajamento deste sentimento de independência. Se esta crise não for resolvida surge a confusão sobre qual o sentido de si no mundo, qual o seu papel. As relações e compromissos com as outras pessoas são superficiais. Esta tarefa pode não ser cumprida por rejeição dos pais, quando houve e há uma disciplina extremamente dura, inconsistente ou inesistente. (Townsend, 2014)

Esse sentimento de identidade expressa-se nas seguintes questões, presentes para o adolescente: sou diferente dos meus pais? O que sou? O que quero ser?. Respondendo a essas questões, o adolescente pretende-se encaixar em algum papel na sociedade. Daí vem a questão da escolha vocacional, dos grupos que frequenta, das suas metas para o futuro, da escolha do par, etc.

Intimidade versus Isolamento: 20 a 30 anos. A principal tarefa é estabelecer uma relação intensa e duradoura com outra pessoa, casusa, intuição ou atividade criativa

Produtividade versus estagnação: 30 a 65 anos. A principal tarefa é alcançar os objectivos de vida estabelecidos para si mesmo, considerando o bem estar de futuras gerações.

Integridade do Ego versus Desespero: 65 anos – Morte. A principal tarefa é rever a própria vida e derivar significado de eventos tanto positivos como negativos, surgindo um sentimento positivo do seu valor.

Parece-me pertinente incluir aqui também a teoria da vinculação que assenta em duas assunções básicas que são:

1 – Necessidade humana universal dos indivíduos desenvolverem ligações afetivas de proximidade ao longo da vida, com o objetivo de atingirem segurança, que lhes permita explorar o self, os outros e o mundo com confiança;

2 – Influência das relações de vinculação no desenvolvimento, em geral, e na saúde mental, em particular.

Segundo a teoria de John Bowlby, a vinculação pode ser expressa de 3 modos que são o sentimento de segurança, procura da proximidade e perturbação da separação. A vinculação processa-se ao longo de 4 fases:

1. Consiste na orientação e em sinais com discriminação limitada da figura de vinculação. A discriminação limita-se aos estímulos olfactivos e auditivos. Esta fase dura até às 8-12 semanas e só se prolonga em situações desfavoráveis.
2. Orientação e sinais dirigidos para uma figura discriminada (ou mais do que uma). Havendo um contacto amistoso este orienta-se preferencialmente para a figura materna. Esta orientação percebe-se através dos estímulos auditivos (às 4 semanas) e dos estímulos visuais (às 10 semanas).
3. Manutenção da proximidade com uma figura discriminada por meio da locomoção e de sinais. Há uma ampliação do repertório do bebé que passa a incluir o movimento de seguir a mãe que se afasta, de recebê-la efusivamente e de usá-la com base para as suas experiências, explorações. Além da figura materna, elegem outras figuras preferenciais (a partir dos 6/7 meses).
4. Formação de uma parceria dirigida para a meta. A proximidade com a figura de apego passa a ser mantida por meio de sistemas dirigidos para a meta. A criança utiliza um mapa cognitivo no qual a própria figura materna passa a ser concebida como um objecto independente, que persiste no tempo e no espaço e que se movimenta de um modo +/- previsível num contínuo espaço-tempo. A criança adquire um discernimento intuitivo sobre os sentimentos e motivos da mãe – estabeleceu-se uma verdadeira parceria.

Podemos aqui realçar a importância do contributo das teorias da vinculação na compreensão do processo adolescente, notando que as diferenças fundamentais entre os comportamentos de vinculação dos primeiros estadios da infância e os registados na adolescência residem no facto de, neste ultimo caso, as figuras de vinculação emergirem do campo das relações com pares sociais e não no campo das figuras parentais (Cordeiro, 2006).

Fica assim presente que o desenvolvimento do indivíduo é feito de uma forma crescente de complexidade de relação consigo mesmo ou com o exterior. Apesar de não nos podermos centrar numa única teoria do desenvolvimento (correndo o risco de ter uma compreensão limitada da realidade), elas permitem-nos ter uma norma, algo que nos alerta para quando há um desvio do padrão de desenvolvimento considerado normal permitem também uma melhor compreensão do processo de desenvolvimento.

A criança é considerada um organismo em crescimento e em relação consigo e com o que o rodeia havendo uma dinâmica entre dimensões bioanatômicas, psicológicas e sociais. Cabe ao enfermeiro associar ao seu conhecimento o perfil de desenvolvimento da criança, tendo por base a utilização de instrumentos de avaliação, de forma a poder definir focos de enfermagem e avaliar ganhos em saúde. Deve haver o despiste e identificação de atrasos de ritmos ou incapacidades de desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O desenvolvimento infantil resulta do “crescimento” e maturação de funções e competências. Estas vão-se dando ao longo do tempo tornando-se cada vez mais refinadas. No entanto há áreas funcionais essenciais para este desenvolvimento. Para que haja uma visão holística da criança estes devem ser tidos em conta, inclusive a forma como se interrelacionam.

O Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2010) refere como pilares das áreas funcionais para o desenvolvimento infantil a amamentação/alimentação diversificada, imunização, higiene e vestuário, sono e repouso, brincar, disciplina, segurança, afetos, sexualidade. Neste manual é definido um algoritmo para avaliação do desenvolvimento da criança (Fig.1).

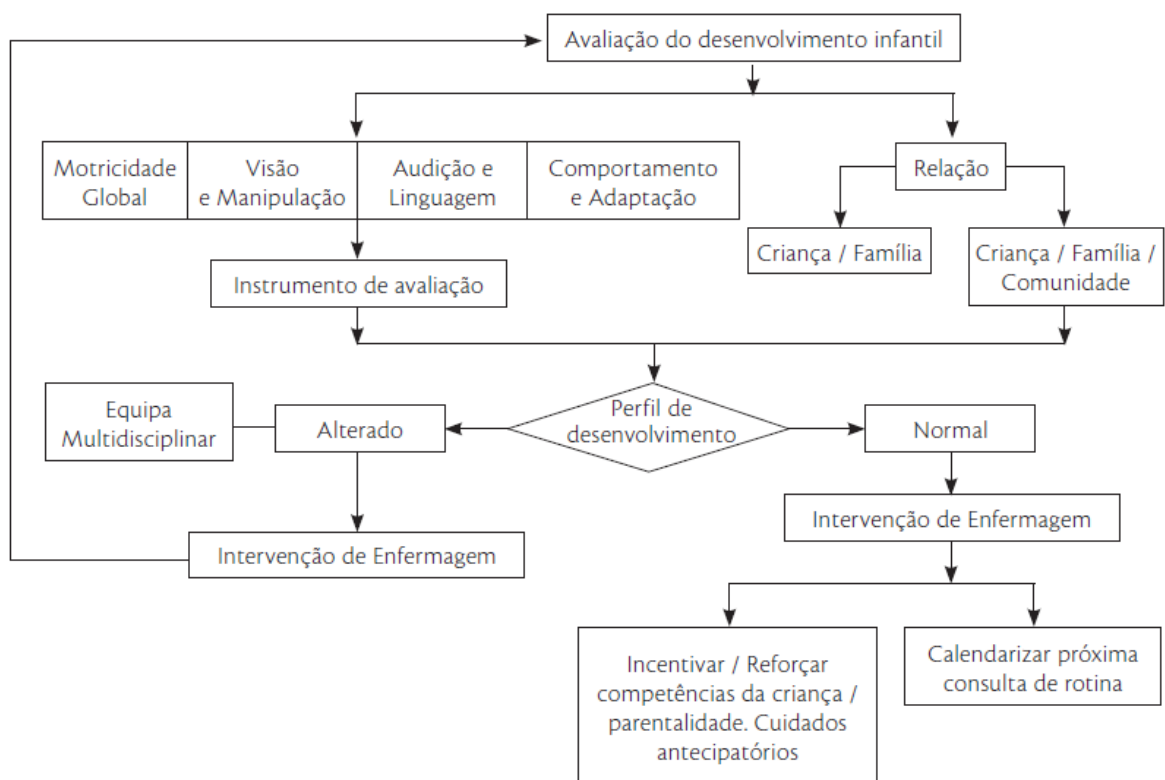


Figura 1 - Algoritmo para avaliação do desenvolvimento da criança (Fonte: Ordem dos Enfermeiros 2010)

Como princípios para promover o desenvolvimento da criança são apresentados pela Ordem dos Enfermeiros (2010):

1. Todas as crianças têm o direito a um desenvolvimento adequado e equilibrado;
2. As crianças seguem padrões previsíveis, mas não lineares ou contínuos;
3. Cada criança é única e tem o seu próprio ritmo;
4. O desenvolvimento infantil é multidimensional;
5. Existem fatores que influenciam o desenvolvimento infantil (biológicos, psicológicos, ambientais, hereditários e sociais);
6. As relações emocionais afetivas constituem a base primária para o desenvolvimento intelectual e social;
7. Os enfermeiros devem potenciar a relação pais/filho (ou pessoa significativa/criança), numa atitude empática, flexível e não prescritiva;
8. A avaliação do desenvolvimento pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação;
9. Os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde para a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil;

10. Reconhecer o brincar como atividade basilar do desenvolvimento infantil.

A adolescência é conceptualizada como o período situado entre a infância e a vida adulta. Inicia-se com os primeiros indícios físicos de maturidade sexual e termina com a realização social da situação de adulto independente. No mundo ocidental corresponde mais ou menos à época entre os 12 e os 13 anos, segundo Erikson é nesta fase, tal como referi anteriormente, que se dá o conflito identidade versus confusão de papéis. Contudo segundo Nelas & Ferreira (2006) num mesmo meio encontramos grandes variedades de indivíduo para indivíduo: há puberdades muito precoces e outras mais tardias, isto deve-se segundo os autores a fatores de género, etnias, meios geográficos, condições socioeconómicas e culturais. É um tempo de transição onde os jovens constroem a sua identidade e começam a escolher um rumo para a sua vida quer pessoal quer profissional.

A adolescência segundo Fonseca (2005) é dividida em três fases: inicial (entre os 10 e os 13 anos), a intermédia (entre os 14 e 16 anos) e tardia (depois dos 16 anos). A OMS define a diferença entre adolescentes (10 a 19 anos) e Jovens (dos 15 aos 24 anos).

Como referido por Matos (2008) a adolescência representa uma etapa evolutiva de todo o ser humano, marcada por profundas transformações fisiológicas, psicológicas, afetivas, intelectuais e sociais. Este é um período de vulnerabilidade, no qual o jovem se encontra num processo de construção da sua identidade pessoal, e de emancipação face à família, com crescente importância do grupo de pares. Esta é uma fase naturalmente agitada, tanto na esfera física (pela inundação hormonal), como na social e afetiva.

A sociedade em geral interfere neste processo, mas os pais, professores, profissionais de saúde e pares têm um lugar de destaque. Como consequência deste esforço resulta a possibilidade de se tornar um indivíduo autónomo, capaz de assumir responsabilidades, tomar decisões, desenvolver afetos, gerir emoções/sentimentos e integrar-se na sociedade, de forma a contribuir de forma efetiva para o desenvolvimento da mesma (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

3.2 - A propósito de emoções e sentimentos

A emoção e as várias reações com ela relacionada estão alinhadas com o corpo, enquanto os sentimentos estão alinhados com a mente.

“ Há uma parte do processo que se torna pública (emoção) e uma parte que sempre se mantém privada (sentimento)” (Damásio, 2011).

Poderemos assim dizer que a emoção é algo mais “geral “, no entanto o sentimento é a forma como cada um de nós interpreta e sente essa emoção, pelo que António Damásio refere que as emoções são adquiridas socialmente, e os sentimentos expressam a individualidade de quem os sente (Damásio, 2011).

As emoções são um conjunto de reações químicas e neurais subjacentes à organização de certas respostas comportamentais básicas e necessárias à sobrevivência dos animais. É uma alteração temporária do estado do corpo como resposta automática a um objeto ou acontecimento cuja presença real ou lembrada desencadeia a emoção, com vista a um resultado final de colocar o corpo em circunstâncias que levam à sobrevivência ou bem-estar.

A emoção tem um fundo subjetivo muito grande que a torna uma experiência única em relação aos comportamentos demonstrados por outros animais.

As emoções podem ser classificadas em:

- 1) Emoções primárias; São consideradas inatas ou não-aprendidas, comuns a todos os indivíduos da nossa espécie, independentemente de fatores socioculturais: alegria, tristeza, medo, nojo, raiva e surpresa.
- 2) Emoções secundárias ou sociais; São mais complexas e dependem de fatores socioculturais, variam com a cultura, com a experiência prévia e com a época em que o indivíduo está inserido: culpa, vergonha, simpatia, compaixão, embaraço, orgulho, inveja, gratidão, admiração, espanto, indignação, desprezo.
- 3) Emoções de fundo; Têm origem no meio interno e vísceras (estímulos indutores internos), mas podem expressar-se em alterações complexas músculo-esqueléticas, como variações subtis na postura do corpo e na configuração global dos movimentos. Estão relacionadas com o bem-estar, mal-estar, com a calma ou tensão: tensão ou relaxamento, fadiga ou energia, ansiedade ou apreensão.

Os sentimentos são a expressão do florescimento ou do sofrimento humano, na mente e no corpo, os sentimentos podem ser, e geralmente são, revelações do estado da vida dentro do organismo (Damásio,2011). É essa percepção de um certo estado do corpo, acompanhado pela percepção de pensamentos com certos temas e pela percepção de um certo modo de pensar. Conteúdos claros, retratados nos mapas cerebrais do corpo é uma ideia do corpo, uma ideia de

um certo aspeto do corpo, quando o organismo é levado a reagir a um certo objeto ou situação. Um sentimento de emoção é uma ideia do corpo quando este é perturbado pelo processo emocional, ou seja, quando um estímulo emocional competente desencadeia uma emoção. É possível exibir uma expressão de medo, mas não sentir o medo.

Têm-se emoções primeiro e sentimentos depois, porque na evolução biológica as emoções vieram primeiro e os sentimentos depois. As emoções foram construídas a partir de reações simples, que promovem a sobrevivência de um organismo e que foram facilmente adotados pela evolução pelo que Damásio (2011) refere que “as emoções precedem os sentimentos”.

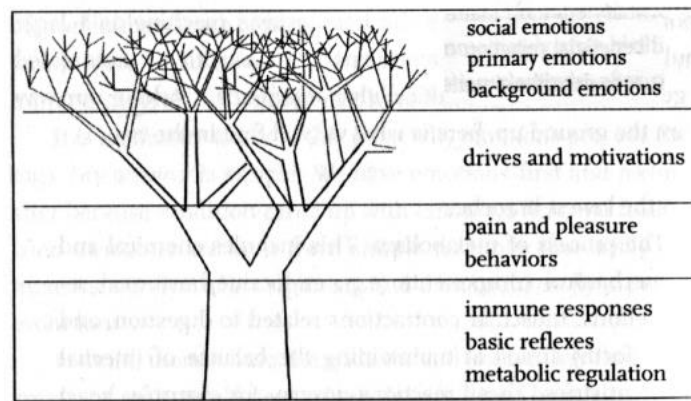


Figura 2 - “Árvore” de Damásio

Em relação à gestão do processo de saúde/doença um dos aspetos importantes é para além da gestão de sentimentos o processo de gestão do conhecimento sobre a sua situação atual. Ou seja, para além das potencialidades da pessoa e daquilo que a preocupa, é importante avaliar o que a pessoa sabe sobre a sua doença. Entre nesta dimensão a literacia em saúde.

3.3 - A propósito de literacia em saúde

A UNESCO refere que “A literacia envolve um processo contínuo de aprendizagem que capacita o indivíduo a alcançar os seus objetivos, a desenvolver os seus potenciais e o seu conhecimento, de modo a poder participar de forma completa na sociedade” (UNESCO, 2009)

A literacia leva assim a uma participação consciente e proactiva na sociedade.

A OMS refere define que “literacia em saúde representa o conhecimento e as competências que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos a terem acesso, compreenderem e usarem informação de modo a promover e a manter a saúde bem” (OMS, 1986)

Esta informação nos dias atuais é cada vez mais complexa e é necessário que haja a capacidade de a conseguir “filtrar”. Existe atualmente uma grande facilidade em obter informação, no entanto também existe uma grande facilidade em escrever e produzir essa informação ou em alguns casos desinformação. Devemos ter a capacidade (ou sermos orientados) de avaliar a qualidade dessa informação. Assim a literacia em saúde não implica só a capacidade de leitura, mas também a capacidade de decidir segundo a informação que se tem, ou ainda a capacidade de adquirir comportamentos saudáveis segundo esta informação.

Na Carta de Ottawa é referido que “a promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável. Deste modo, as populações ficam mais habilitadas para controlar a sua saúde e o ambiente e fazer opções conducentes à saúde” (OTTAWA, 1986)

Monteiro (2009), na sua tese sobre “A Literacia em Saúde” refere que as capacidades em literacia em saúde incluem:

1. Aptidões de saúde básicas tais como a aplicação de promoção na saúde, proteção na saúde e comportamentos de proteção na doença, assim como cuidados individuais.
2. Aptidões para atuar como um parceiro ativo com os profissionais de saúde.
3. Aptidões como consumidor para fazer decisões saudáveis na seleção de bens e serviços e para atuar a nível de direitos do consumidor, se necessário.
4. Aptidões como cidadão, através de comportamentos informados, conhecimento de direitos em saúde e membro de organizações de saúde.

No modelo conceptual do Questionário Europeu de Literacia em Saúde (em que Portugal também está envolvido) são apresentadas as sub-dimensões de literacia em saúde.

Literacia em Saúde	Aceder/Obter informação relevante para a saúde	Compreender a informação relevante para a saúde	Apreciar / Julgar / Avaliar a informação relevante para a saúde	Aplicar/ Utilizar a informação relevante para a saúde
Cuidados de Saúde	Capacidade de aceder a informação relacionada com problemas médicos ou clínicos	Capacidade de compreender a informação médica e do seu significado	Capacidade de interpretar e avaliar as informações médicas	Capacidade de tomar decisões informadas sobre questões médicas
Prevenção da Doença	Capacidade de aceder a informação sobre fatores de risco	Capacidade de compreender os fatores de risco e do seu significado	Capacidade de interpretar e avaliar as informações relacionadas com os fatores de risco	Capacidade de julgar a relevância das informações sobre fatores de risco
Promoção da Saúde	Capacidade de atualização sobre questões de saúde	Capacidade de compreender a informação relacionada com a saúde e o seu significado	Capacidade de interpretar e avaliar as informações sobre questões relacionadas com a saúde	Capacidade de formar uma opinião consciente sobre questões de saúde

Figura 3 - Sub-dimensões da Literacia em Saúde Fonte: Questionário Europeu de Literacia em Saúde aplicado em Portugal

Vejo aqui palavras-chave, em relação a informação relevante, como: Aceder, compreender, obter, apreciar, julgar, avaliar, aplicar e utilizar. Estas quando relacionadas com dimensões como cuidados de saúde, prevenção da doença ou promoção da saúde levam a competências que serão tanto melhores e eficazes quanto maior a literacia em saúde.

3.4 – Entrevista como instrumento de relação de ajuda

A relação de ajuda possui um carácter particular. Não é uma conversa amigável, não é uma exposição brilhante da pessoa que ajuda, também não é uma discussão no sentido de troca de pontos de vista e de objeções entre os interlocutores (Phaneuf, 2002). É evidenciado como a relação de ajuda implica uma intervenção processual em que quem cuida se centra no outro e nas suas necessidades específicas havendo crescimento e adaptação ao meio ou readaptação. Nesta relação é necessário que o enfermeiro tenha como se disse atrás um conjunto de métodos e técnicas e características pessoais com as quais vai desenvolver o processo de relação de ajuda. As técnicas usadas são várias e adaptadas ao contexto e necessidades da pessoa.

Lopes (2006) refere que é nestas técnicas que é incluído o cuidado psicoterapêutico e aponta 4 características deste cuidado:

1 – A relação terapêutica concretiza-se através de cuidados psicoterapêuticos que são uma dimensão dos cuidados de enfermagem. Isto é, a enfermagem pela forma como aborda a pessoa

tem em conta toda a sua estrutura havendo assim uma visão holística daqueles a quem prestamos cuidados. Assim o enfermeiro presta cuidados aos três níveis de prevenção (primário, secundário e terciário) de forma a capacitar as pessoas a “melhorar, manter ou recuperar a saúde, lidar com problemas de saúde e alcançar a melhor qualidade de vida possível, seja qual for a sua doença ou deficiência até a morte (Royal College of Nursing, 2003 citado por Lopes, sd). Assim o enfermeiro usa todo o seu saber teórico, pessoal, estético e ético para que de uma forma processual consiga dar respostas às necessidades da pessoa desde a avaliação de necessidades, elaboração de objetivos e resultados esperados, implementação do plano e avaliação. Esta forma de atuar permite criar condições para um cuidado centrado na pessoa, onde se inclui o cuidado psicoterapêutico, numa perspetiva de parceria e co-produção.

2 – A relação psicoterapêutica e consequentemente os cuidados psicoterapêuticos são intencionais. A relação terapêutica tem intenção na sua intervenção e é isso que lhe dá esse carácter de terapia. É feito assim num processo de avaliação e readaptação constantes com um objetivo bem definido.

3 – A relação terapêutica é processual. Através das necessidades do doente, da forma de abordagem do enfermeiro, do seu raciocínio clínico a relação terapêutica vai sendo construída gradualmente de forma a atingir um fim, numa relação de confiança em que o doente confia no enfermeiro e o enfermeiro confia nas capacidades do doente não o inferiorizando pela sua doença mas sim vendo-o também como parceiro e fim dos seus cuidados. Há assim um crescimento numa espiral em que pelo processo que se estabelece se vão atingindo graus de crescimento.

4 – A relação terapêutica é uma resposta terapêutica que ocorre a dois num determinado contexto (privado ou mais alargado). Pretende-se que ocorra no contexto onde a pessoa está que poderá ser em espaço de gabinete, mas também no seu contexto de autocuidado. Ao ser uma resposta que pode ser dada em grupo, fica implícita a questão ética do que é ou não da esfera íntima da pessoa.

Phaneuf (2002) faz a distinção entre relação de ajuda e intervenção ajudante do enfermeiro. No nosso dia-a-dia prestamos cuidados que estão muito próximos dos que se prestam numa relação de ajuda, o que pode gerar por vezes confusão. Dá o seguinte exemplo: fazer comer um doente e proceder à sua higiene não são relações de ajuda, são cuidados, porque estas ações visam principalmente o bem-estar físico do doente. Mas instalá-lo numa posição confortável a fim de que respire melhor e aliviar a sua dor podem tornar-se elementos de uma relação de ajuda se são acompanhados de uma intervenção que visa o seu reconforto afetivo, a satisfação

das suas necessidades superiores de evolução pessoal ou a resolução de um problema existencial. Assim a distinção embora por vezes subtil situa-se principalmente no objetivo. Talvez desta confusão tenha começado a surgir a banalização da expressão de Relação de Ajuda como refere Lopes (2006). O que distingue é a intencionalidade terapêutica das ações e objetivos dando assim abrangência e profundidade à relação de ajuda.

Phaneuf (2002) define como preliminares à relação de ajuda:

- **A presença;** a presença inclui não só o estar fisicamente mas também o estar com sinceridade e com todo o ser do enfermeiro como instrumento terapêutico. É algo ativo porque implica entrega por parte do enfermeiro. A forma como se posiciona, como fala, como escuta, como responde, a linguagem não-verbal, etc. tudo isto está implícito na presença. Há disponibilidade para o outro e isso é sentido pelo doente.
- **A vontade de não julgar;** é o escutar e atuar de forma isenta de julgamento tendo o outro como alguém que é significativo para nós. Phaneuf refere que é de grande importância principalmente em patologias estigmatizantes. Várias vezes estamos perante uma pessoa em que o seu discurso vai contra o nosso quadro de valores morais e culturais. Deve haver uma capacidade de conviver com a diferença.
- **A não diretividade, o reconhecimento do valor e autonomia do outro;** relaciona-se principalmente com a confiança nas capacidades do outro como elemento ativo no processo reabilitativo. Deixa o doente expressar as suas ideias e opiniões não caindo no entanto numa orientação da entrevista de “laissez-faire”. Como Phaneuf refere, “a não diretividade não se refere, na realidade senão ao conteúdo das trocas, não incide sobre a maneira como se desenrolam”. Há a aceitação da sua autonomia enquanto pessoa.
- **A centralidade na pessoa;** cada pessoa tem uma forma própria de reagir à doença e como tal a centralidade na pessoa implica que o enfermeiro se centre na forma particular dessa ver a sua doença, da informação que tem sobre ela e das suas estratégias pessoais e potencialidades e ainda expectativas.
- **A escuta;** implica o estar atento à linguagem verbal e não-verbal como forma de entendimento do outro e daquilo que o preocupa. É ver comunicação onde parece não existir comunicação, no silêncio, nos gestos, na postura, na forma como fala, etc. implica disponibilidade para estar com o outro.

- **A consideração positiva;** é um sentimento de respeito e confiança no outro e nas suas potencialidades e expectativas, que ajuda a pessoa a evoluir e reforça a relação de confiança entre enfermeiro e doente, abandonando a visão paternalista que por vezes surge em relação aos doentes.

Lopes (2006) propõe 2 componentes essenciais e distintas mas que se relacionam entre si para explicar a relação entre enfermeiro e doente e que são a natureza da relação e o processo de relação.

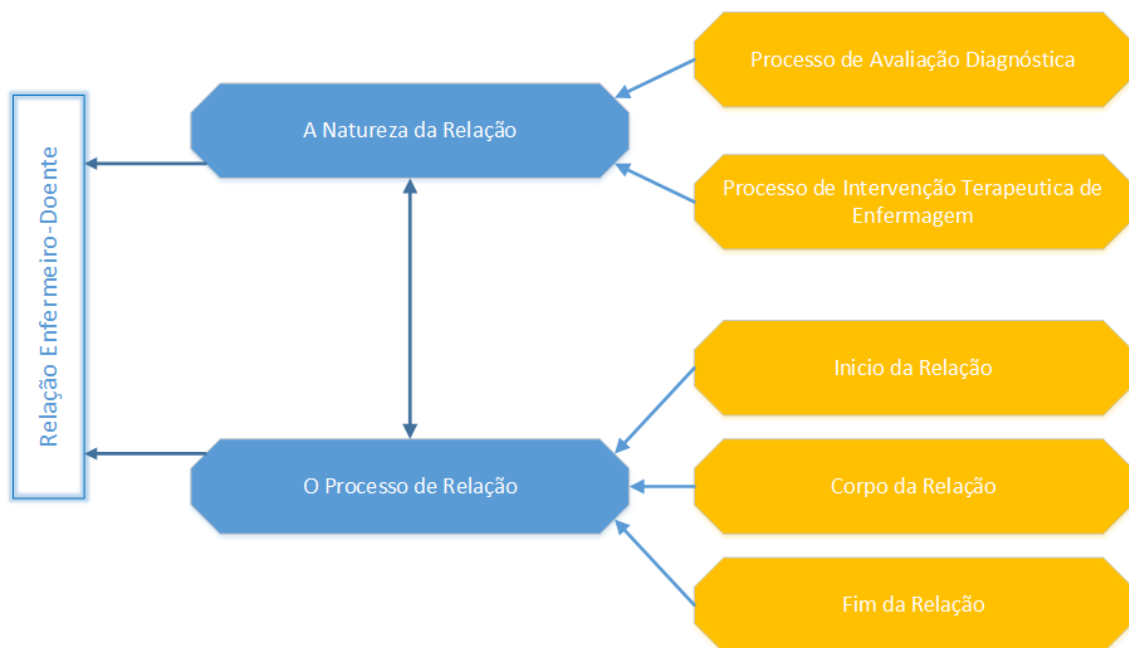


Figura 4 - Componentes fundamentais da teoria de médio alcance relativa à relação enfermeiro - doente, no estudo em causa (Fonte: Lopes, 2006)

A natureza da relação é a componente onde há relato da situação pelo doente e observação por parte do enfermeiro no sentido de haver uma recolha de dados e há também a retribuição por parte do enfermeiro nesta relação, é o que Basto (1998, cit. por Lopes,2006) refere como componente expressiva da relação. A natureza da relação engloba o processo de avaliação diagnóstica e processo de intervenção terapêutica de enfermagem.

O processo de relação do doente engloba todo o processo de relação enfermeiro doente/família em toda a sua relação com o contexto que os rodeia. Lopes (sd) propõe ainda a

seguinte estrutura e processo para a relação terapêutica que inclui os anteriores componentes apresentados.

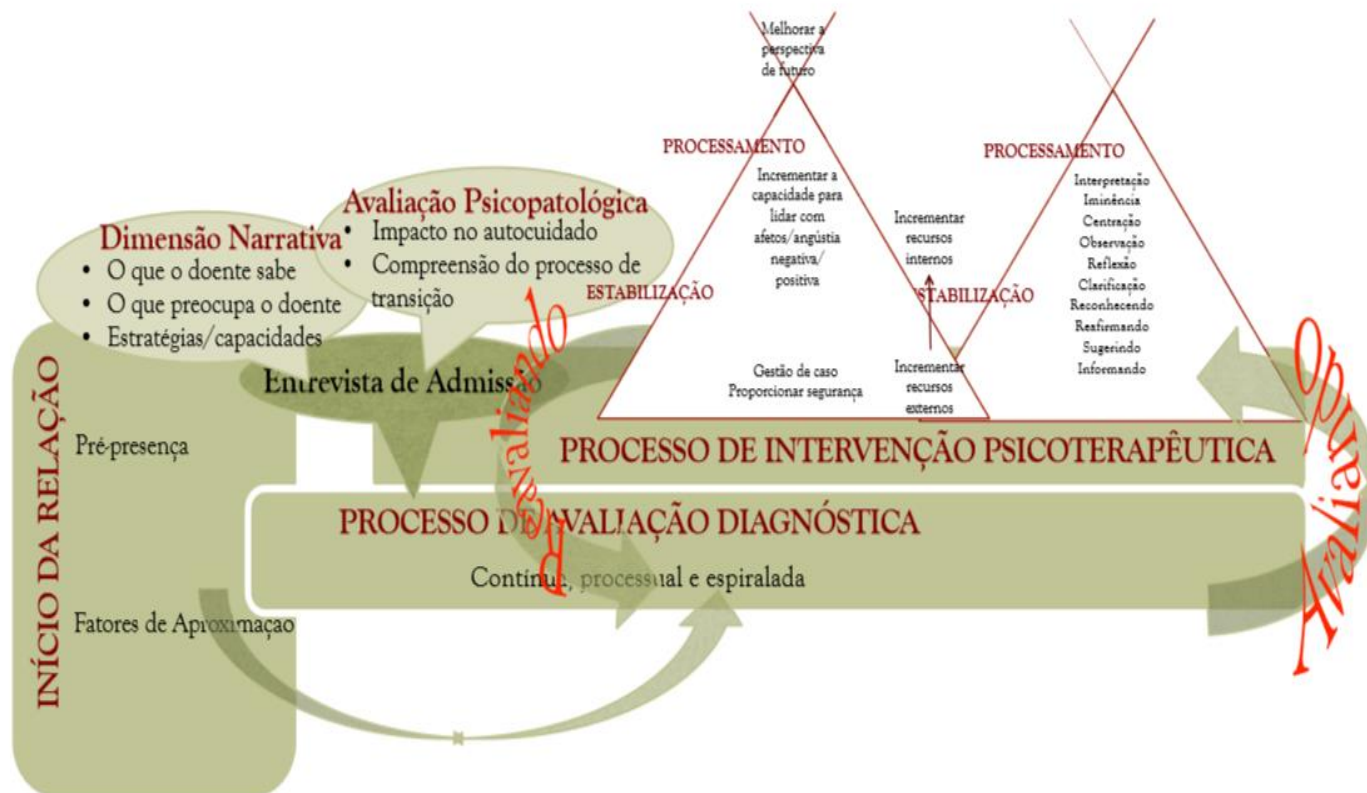


Figura 5 - Estrutura e processo de relação terapêutica (Fonte: Lopes, sd)

A relação entre enfermeiro doente/família começa muitas vezes antes do contato com estes. Muitas vezes temos informação descrita nos processos do doente, há a informação que é passada em mudança de turno. Esta informação prévia permite preparar o contacto com o doente, sendo o momento inicial por excelência aquele que se tem no momento da primeira entrevista (Lopes, 2006). No entanto, Sapeta (2010, citado por Lopes, sd) alerta para o perigo que esta “pé-presença” pode ter no sentido em que poderá condicionar desde logo a visão que o enfermeiro tem do doente à entrada, porque ficamos condicionados à imagem de quem apresenta. Assim concordo com Lopes (2006) quando este refere que o princípio por excelência de contato com o doente é a entrevista inicial. Há assim uma aproximação à pessoa que deve ser clara e onde devemos ter em conta os preliminares à relação enfermeiro doente que Phaneuf (2002) refere. A forma como se inicia a relação é importante porque é a primeira

imagem que o doente tem de nós e aquela que nós temos da pessoa, começamos logo aí a estabelecer uma relação de confiança e a forma como os doentes valorizam a nossa postura perante eles.

Entramos assim na fase de avaliação diagnóstica. Esta permite uma recolha mais aprofundada do estado atual do doente. É onde tornamos o doente como “objeto significativo” como refere Pio Abreu (2011);

“Talvez não haja atividade do olhar humano mais treinada do que aquela de adivinhar o outro à primeira vista. No tamanho do corpo, no vestuário, na postura, no olhar, nos movimentos vistos de relance, somos tentados a adivinhar as intenções, os sentimentos, as reações do outro, e a eles conformamos o nosso próprio comportamento no encontro que se aproxima.”

Há para além daquilo que o doente nos relata verbalmente um conjunto de manifestações não-verbais e de paralinguagem que também devemos observar e tornam o doente significativo para nós na apresentação, postura, morfologia, mímica, expressão, motricidade, contato e linguagem.

Nesta fase de avaliação diagnóstica vamos perceber o que o doente sabe sobre a doença, o que o preocupa e quais as suas estratégias e capacidades que possam contribuir para a recuperação ou readaptação. Com esta abordagem centramos a definição de objetivos e toda a abordagem naquilo que é significativo ao doente dando efetividade aos cuidados. Avaliação diagnóstica não para no tempo vai estando sempre presente em todo o processo de relação, só assim conseguimos ir avaliando o desenrolar da relação terapêutica. Segundo Lopes (2006) o processo de avaliação diagnóstica tem duas características: a função de “timoneiro” do processo de avaliação diagnóstica e estar presente em todo o processo de relação terapêutica. Conseguimos assim ter informação relevante sobre a pessoa e a forma como sente a doença. Através da exploração do que o doente sabe conseguimos a sua auto-interpretação sobre a sua doença e as suas fontes de informação. Juntamente com a informação do que preocupa o doente e identificação do seu contexto e potencialidades conseguimos começar a delinear um plano terapêutico.

A primeira entrevista dá o tom aos encontros seguintes e é também importante porque permite conhecer as expectativas da pessoa em relação ao contexto de cuidados, avaliar o que a pessoa refere que precisa e compreender a dificuldade que vive e a forma como esta afeta a sua vida (Phaneuf, 2002).

Lopes (2006) refere que no processo de avaliação diagnóstica surgem 3 perspetivas sobre o problema: a vivencial, a de ajuda e a biomédica. O processo de avaliação diagnóstica surge da junção destas perspetivas. Em determinadas alturas é dada mais ênfase a uma ou a outra, no entanto nunca se deixa de ter a visão das três. Deve haver assim também uma avaliação psicopatológica da doença. Lopes (sd) refere que esta avaliação diagnóstica deve incluir também características compreensivas como Pio Abreu sugere e que inclui:

- História pessoal
- Apresentação e postura
- Mímica expressão e motricidade
- Contato e linguagem
- Estado de consciência
- Consciência de si
- Consciência do corpo
- Impulsos e vontade
- Humor
- Afetos
- Emoções
- Forma de pensamento
- Conteúdos do pensamento
- Representação e memória e sensoperceção
- Observação física (capacidade funcional, dados fisiológicos, integridade da pele e mucosas, controle de esfíncteres)
- Medicação prescrita.

Daqui surge a visão do enfermeiro que em conjunto com a visão do doente numa perspetiva de ajuda leva à definição ou reformulação do plano de saúde.

Na visão do enfermeiro vai-se ainda avaliar a forma como a doença afeta a pessoa em dimensões como o desempenho de papéis (ex. trabalho, de pai, de mãe), relação com os outros (pares, família, colegas, etc.), rede de apoio (família, amigos), no autocuidados (lavar-se, comer, dormir,...). No plano definido há sempre uma perspetiva de monitorização do processo e avaliação de ganhos em saúde, que se consegue através da aplicação de escalas (ex. nurse outcomes classification, escala de depressão, escala de qualidade de vida)

Poderíamos dizer que a avaliação se faz como se de uma espiral se trata-se em que vamos construindo a relação e os diagnósticos baseados no que já sabemos. É esta visão que dá sempre continuidade ao processo de avaliação diagnóstica em todo o processo. Isto implica por parte do enfermeiro uma readaptação constante e uma flexibilidade no decorrer de todo o processo e durante os sucessivos encontros. Implica que o enfermeiro tenha adaptação à mudança, como referia Phaneuf (2002). Só assim se consegue que o processo de relação enfermeiro-doente não seja estático e fechado e que seja realizado em parceria e co-produção.

O processo de relação, como vimos anteriormente é dividido em início da relação, corpo da relação e fim da relação (fig. 4). É no corpo da relação que o processo de intervenção terapêutica se implementa em toda a sua amplitude. Embora, a fronteira entre o início da relação e o corpo da relação seja difícil definir, porque podemos considerar que no início da relação já há intervenção terapêutica (Lopes, 2006). Também podemos considerar que no corpo da relação está presente o processo de avaliação diagnóstica, havendo assim uma avaliação constante do processo, que permite o reajuste do mesmo às necessidades que surgem e que também elas vêm vindo ao de cima gradualmente.

Na fase do *Corpo da Relação*, pressupõe-se que já há uma relação de confiança estabelecida entre enfermeiro e doente e já houve vários encontros entre estes, já há um plano aceite pelos dois. O enfermeiro coloca em prática vários instrumentos que tem ao seu dispor para realizar a intervenção terapêutica.

Chalifour (2002) refere-se a esta fase como a fase de trabalho ou de emergência das identidades, pressupões que já haja um esclarecimento por parte do enfermeiro (interveniente) da necessidade de ajuda e expectativas do doente. Tendo este conhecimento mais aprofundado do doente (cliente) o enfermeiro já consegue selecionar as estratégias psicoterapêuticas que poderá usar para responder às necessidades do doente. Chalifour aponta cinco estratégias para resolução de problemas do doente; terapia de resolução de problemas, a terapia do luto, a terapia de suporte, a terapia da crise e a terapia expressiva. Estas são usadas de acordo com a dificuldade vivida pelo doente. Estas estratégias têm como fim favorecer a aprendizagem e a expressão de novos comportamentos e assim poder haver uma aprendizagem ou reaprendizagem em relação à sua nova situação. O objetivo será assim desenvolver estratégias de *coping* ou *recovery* perante a doença.

É competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental o prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Como unidades de competência vem descrito no mesmo documento:

- Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental;
- Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação;
- Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.

Lopes (sd) refere dois níveis de intervenção no processo de intervenção terapêutico, onde adota a proposta de Wheeler (2011, citado por Lopes, sd). Nestes dois níveis de intervenção há uma hierarquização de cuidados de acordo com a avaliação diagnóstica e também de acordo com as capacidades e recursos do doente. Define o primeiro nível como o de estabilização, em que é usado em caso de necessidades mais básicas como as de alimentação e segurança. Há um sentimento de perda de *controle* do doente sobre si mesmo, por exemplo em casos de ideação suicida ou tentativa de suicídio. Aqui poderá haver a necessidade, segundo Lopes, de internamento ou estratégias mais complexas e multidisciplinares como a gestão de caso.

Lopes (sd) destaca neste nível técnicas como a gestão da ansiedade. Segundo a CIPE a ansiedade é uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia. Poderá surgir a necessidade de intervenções para a ansiedade que variam de acordo com a avaliação do seu nível (ex, pela escala de avaliação da ansiedade de Hamilton), pela avaliação da angústia, inquietação, movimento corporal, sono, nervosismo ou ainda preocupação. As intervenções poderão incluir:

- Gerir a medicação;
- Promover um autocontrolo efetivo;
- Promover a comunicação efetiva de emoções;
- Promover coping efetivo;
- Planear/executar reestruturação cognitiva;

- Planear/executar técnica de modificação de comportamentos;
- Planear/executar terapia de grupo;
- Planear/executar psicoeducação;
- Planear/executar aconselhamento;
- Orientar para terapia com grupo de apoio;

Estas intervenções servem apenas como exemplo que se poderá executar ou planear, porque a intervenção terapêutica deverá ser sempre adaptada ao caso específico de cada doente vendo-o em todas as suas dimensões.

Lopes (2006) define o processo de intervenção terapêutica como algo que engloba:

”...a totalidade da intervenção da enfermeira, dirigida ao doente e família, bem como à interface destes com o grupo e a organização (no contexto do estudo realizado)... sendo assim de natureza multifocal, ou seja, a enfermeira, continuando a centrar a sua atenção sobre o doente/família, alarga-a à interface destes com a organização e outros profissionais, bem como ao grupo de doentes na sala de quimioterapia e à sua interface com cada doente em particular e com a organização.”

O mesmo autor refere que o processo de intervenção terapêutica é complexo derivado da complexidade dos problemas que os doentes apresentam. Refere assim como possíveis estratégias de intervenção de enfermagem a gestão dos sentimentos e a gestão de informação em determinados contextos poderão também estar presentes os cuidados técnico instrumentais. Lopes (2006) destaca dentro destas estratégias objetivos como:

- Promover confiança e segurança;
- Apaziguar a ansiedade e insegurança
- Promover a esperança e perseverança
- Promover a autonomia, o respeito e o conforto
- Preparar e administrar a quimioterapia (contexto do estudo) e outros tratamentos prescritos.

A suplementação de papéis também é apontada como estratégia em fase de estabilização Meleis (2010, citada por Lopes sd) define a suplementação de papéis como o processo de tornar consciente os comportamentos, sentimentos, sensações e metas envolvidas num determinado papel. Com a suplementação de papéis conseguimos, ou tentamos, que a pessoa torne consciente fatores que lhe provocam sofrimento de forma a dar-lhes sentido e após a

identificação desenvolver estratégias para os resolver. Passamos assim do nível de estabilização para o nível de processamento. Este é o nível em que se integram os aspetos da memória. Shapiro & Maxfield (2002, citados por França,2011) referem que o processamento adaptativo de informação acontece quando o novo material se liga ao já guardado e processado na memória, e são criadas novas associações que fomentam a aprendizagem (processamento), o alívio do desconforto emocional, e a integração de esquemas emocionais e cognitivos positivos que vão servir de apoio ao processamento de futuras situações.

Lopes (sd) refere a Narrativa como uma estratégia terapêutica de grande importância em que a pessoa narra as suas experiências colocando palavras e sentimentos na experiência como forma de fortalecer a capacidade de regular as emoções. Refere ainda o Debriefing como forma de “reviver” as situações para poder delinear estratégias compreendendo, analisando e sintetizando o que se passou.

Em todo o processo de intervenção terapêutica fica bem presente a relação estreita que há entre o enfermeiro e o doente, o contacto que se dá entre eles. Neste contacto há uma dimensão que está sempre presente que é a comunicação. É através da comunicação verbal ou não verbal que se regula a interação entre enfermeiro doente.

3.5 – A entrevista como processo

Chalifour (2002) designa a entrevista como:

“um tipo particular de interações verbais e não-verbais entre um interveniente e um cliente, ao longo das quais os participantes utilizam certos modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papeis, do contexto, das suas características particulares, do conteúdo tratado, dos objetivos esperados e do tempo que acordaram para este fim.”

Numa entrevista há várias dimensões que devemos ter em conta e que devemos planear e controlar para que a entrevista seja o mais proveitosa possível quer para o doente como para o enfermeiro, tendo-os em conta como seres humanos, com tudo o que isso implica.

Phaneuf (2002) define entrevista como:

“Uma permuta entre a enfermeira e a pessoa de quem ela cuida ou a sua família e para a qual elabora objetivos particulares relativos à colheita de informações, à

transmissão de conselhos ou de explicações e ao suporte psicológico e à resolução de certos problemas.”

A entrevista pressupõe assim uma abordagem profissional à pessoa, família, grupo num processo devidamente estruturado e planeado de forma a responder às necessidades destes num processo de parceria e co-produção onde o enfermeiro usa o saber teórico, pessoal, ético e estático para levar a pessoa a descobrir-se e a reconhecer e desenvolver estratégias de coping promovendo o crescimento desta.

Phaneuf (2002) define 4 etapas para a entrevista que são a preparação, a orientação, a exploração e a conclusão. Chama a atenção para o fato de não serem fases estanque e poderem estar presentes de acordo com o nível de necessidade ou fundirem-se.

3.5.1 – Fase de preparação

É uma fase onde o enfermeiro adquire informação prévia sobre o doente e sobre a sua condição. Se houver esta preparação poderá haver uma maior segurança na entrevista, no entanto tem o inconveniente de a informação que recebemos ser a interpretação de outros e pelas palavras de outros. Por vezes esta fase é omissa por haver falta de oportunidade ou falta de informação.

Nesta fase Phaneuf (2002) aponta algumas questões que devemos colocar:

- Para que deve servir esta entrevista?
- De que natureza deve ser?
- Qual deve ser o seu objetivo principal?
- Quais os meios de que disponho?

Para que deve servir esta entrevista?

A entrevista poderá surgir no âmbito do acolhimento do doente em internamento, assim deve ser feita para colher dados de internamento, avaliação inicial de enfermagem. A entrevista poderá servir para psicoeducação ou outro tipo de ensino. A entrevista poderá ainda servir para que o utente lide com emoções e sentimentos ou os exteriorize. Assim podemos planear logo à partida o tipo de entrevista de acordo com o objetivo, ou seja, se é mais ou menos estruturada, mais ou menos diretiva, que natureza deve ter.

De que natureza deve ser?

A entrevista poderá ser diretiva, não diretiva ou semi-diretiva, de acordo com as necessidades.

Entrevista diretiva – esta torna-se mais fechada na medida em que limita as respostas do doente. Tem a vantagem de ser muito precisa na informação que recolhe, no entanto pode tornar-se limitada na exploração de um tema. Depende do objetivo da entrevista. Implica que se tenha um conhecimento do que é essencial para trabalhar o problema recorrendo-se muitas vezes a grelhas de perguntas fechadas.

Entrevista não diretiva – implica experiência em entrevistas e permite exploração de sentimentos, emoções recolhendo o que é mais significativo para a pessoa. Há uma intervenção de natureza mais relacional. Nunca se devem perder o sentido da entrevista se é de relação de ajuda, psicoeducação, suporte emocional, etc. ao colocar perguntar abertas permite explorar de forma mais abrangente emoções e sentimentos do doente, fazendo com que esta se sinta escutada. É necessário mais tempo para a entrevista. Tem a vantagem de muitas vezes ser a própria pessoa a encontrar as suas soluções. O enfermeiro serve como facilitador de descoberta.

Entrevista semi diretiva – junta questões retiradas de um formulário (mais diretivas) mas tem questões que permitem uma maior exploração de emoções e sentimentos da pessoa. Permite retirar os dois tipos de informação falados anteriormente.

Qual deve ser o seu objetivo principal?

A entrevista pode servir única e exclusivamente para recolher dados, sendo mais diretiva. Por exemplo a triagem segundo o método de Manchester num serviço de urgência tem este caráter mais fechado com o objetivo de recolher dados precisos. Por exemplo em contexto de psiquiatria poderá ter um caráter de relação de ajuda, onde são trabalhados sentimentos, emoções, potencialidades, estratégias de coping. O objetivo da entrevista também varia consoante o estado do doente, por exemplo se este estiver impaciente o objetivo será diferente daquele que se traçaria num estado mais recetivo.

Quais os meios de que disponho?

Aqui coloca-se também a questão do espaço, o local onde decorre a entrevista é importante assim como o conforto do doente, de forma a garantir que há um ambiente que permita o encontro efetivo dos dois. Para além disto, o principal meio e instrumento do enfermeiro é ele próprio com o seu conhecimento, habilidades, perícia que coloca ao dispor do doente. Há um conjunto de intervenções terapêuticas de que o enfermeiro dispõe para usar de acordo com as necessidades do doente.

3.5.2 – Fase de orientação

A fase orientação é o primeiro contato que há com a pessoa. Nesta fase de encontro cara a cara começa a entrar tudo o que há no enfermeiro como instrumento terapêutico. É a primeira impressão que fica, por isso deve ser o mais natural e genuína possível. É quando há o “aquecimento”, implica disposição das duas partes de forma a ter um arranque suave. Há a apresentação do enfermeiro começa aqui a relação de confiança. Logo nesta fase começa a colheita de dados pela observação da linguagem verbal e não verbal do outro. É quando se inicia o sincronismo entre o enfermeiro e o doente, não começando logo pelo assunto central, levando a pessoa à calma.

3.5.3 – Fase de exploração

Esta é o momento alto da entrevista. Nesta fase os objetivos variam de acordo com a entrevista. Isto é, se é uma entrevista de colheita de dados, ensino ou informação, ajuda e suporte psicológico ou trabalho sobre comportamentos, problemas e conflitos.

Nesta fase são usadas as técnicas de comunicação que falei anteriormente incluindo algumas como a escuta, uso de questões, interpretar, refletir, clarificar ou fazer emergir pistas de soluções.

Phaneuf (2002) aponta alguns comportamentos a evitar no decurso de uma entrevista:

- Interromper a pessoa;
- Dar conselhos e soluções rápidas;
- Não ter em conta emoções manifestadas;
- Usar frases estereotipadas para confortar a pessoa;
- Mudar o tema de conversa, de forma a evitar assuntos dolorosos;
- Fazer julgamentos ou juízos morais;
- Discutir com a pessoa criticando-a ou procurando ter razão;

- Adaptar comportamentos defensivos.

3.5.4 – Fase de conclusão ou de separação

Nesta fase pode recorrer-se à síntese de forma a encerrar a entrevista. Há uma revisão dos objetivos que foram traçados e aqueles que foram atingidos ou o seu progresso. É uma fase de revisão e revalidação de expectativas. Poderá servir de preparação da próxima entrevista caso se aplique podendo até definir alguma estratégia para o tempo entre as entrevistas. Na fase de conclusão Phaneuf refere que por vezes poderá surgir o luto referindo que ocorre porque não houve a devida atenção às reações de transferência e à ligação que se criou com a pessoa havendo a criação de dependência.

A Ordem do Enfermeiros (2010) definiu no Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica o algoritmo de atuação/planeamento de cuidados ao adolescente como mostra a Figura 6.

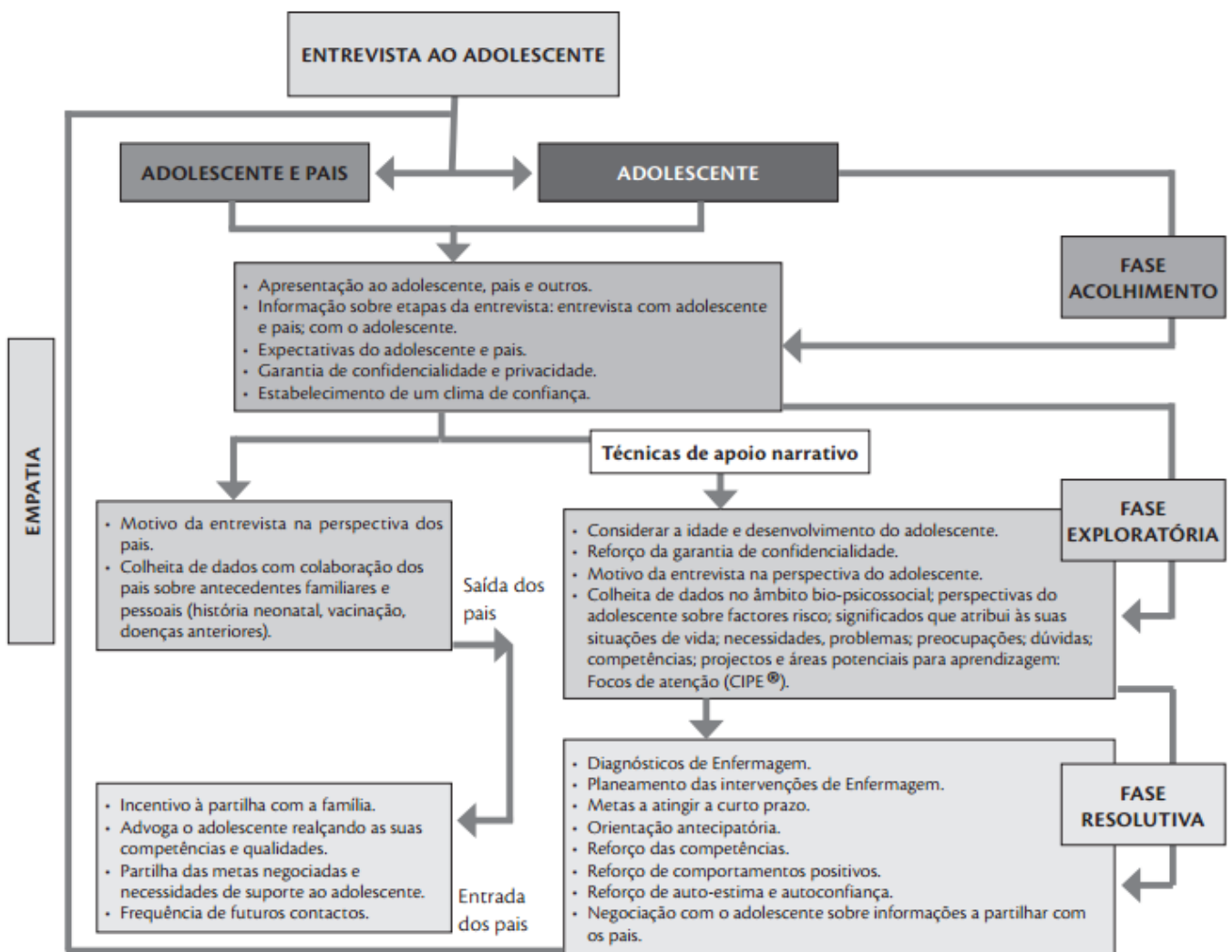


Figura 6 - Algoritmo de atuação/planeamento de cuidados ao adolescente (fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2010)

3.6 – Questões éticas

A Ordem dos Enfermeiros (2010) chama a atenção para os problemas éticos que poderão surgir entre adolescentes, famílias e profissionais de saúde devido ao facto de não se considerar o adolescente com maturidade suficiente para decidir sobre si. Colocam-se questões que vão de encontro ao respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo.

Antunes (1998) citado por Ordem dos Enfermeiros (2010) refere que segundo a Convenção de Bioética do Conselho da Europa no artigo 6º

“a opinião do menor deve ser tida em conta, em proporção da sua idade e grau de maturidade. Desta forma, o adolescente deve ser envolvido no processo de

decisão, quando atingir um grau de compreensão e de inteligência para tal, sendo da competência dos pais partilhar o consentimento com os filhos”.

Em relação ao sigilo o enfermeiro tem o dever ético e deontológico de o preservar. Segundo o Artigo 85º do Código Deontológico do Enfermeiro, este está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assume o dever de:

- a) Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte;
- b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;
- c) Divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico;
- d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.

Em relação à privacidade o adolescente tem o direito a ser atendido individualmente em espaço privado, onde seja reconhecida a sua autonomia e individualidade, estimulando a responsabilidade pela sua própria saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

No n.º3 do artigo 38º do Código Penal Português (Consentimento) vem descrito que o consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta.

4 – PLANEAMENTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL INFANTIL E JUVENIL

De forma a planear a consulta de enfermagem¹ apresentei o esboço desta à equipa do departamento de psiquiatria para poder recolher contributos com o objetivo de adequar a consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil à realidade do departamento e a criar apropriação desta por parte da equipa, assim como a sua divulgação e a discussão das suas potencialidades. Foi feita reunião de equipa onde estiveram presentes enfermeiros, chefe de serviço de enfermagem, psiquiatras, diretor de serviço, assistente social, terapeuta ocupacional, psicóloga, terapeuta ocupacional.

Nesta reunião fiz apresentação de proposta da consulta, que incluía o conceito de pessoa e saúde, os desafios que havia no adolecer de hoje, o papel do enfermeiro, o processo de relação terapêutica, a base do processo de atendimento e atuação assim como os desafios que se colocavam à implementação deste tipo de consulta à criança e adolescente. (Anexo III).

Este tempo de discussão foi importante na medida em que permitiu a partilha de ideias sobre a intervenção do enfermeiro neste contexto, em articulação com a equipa multidisciplinar. Os pontos de atuação considerados importantes para além do atendimento individual foi a intervenção que se poderia desenvolver com grupos em escolas principalmente na população adolescente.

Deste encontro surgiram compromissos que foram a sistematização da consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil no que diz respeito à forma de colheita de dados, planeamento, intervenção e avaliação criando assim um conjunto de referenciais para a implementação e desenvolvimento da consulta. Surgiu ainda o compromisso de ligação às escolas de forma a definir forma de intervenção neste contexto de acordo com as necessidades sentidas.

Daqui surgiu a necessidade de em primeiro lugar criar um guia de apoio à Consulta de Enfermagem de Saúde Mental Infantil e Juvenil (Anexo IV). Este guia apresenta-se como um instrumento que ajuda na tomada de decisão do enfermeiro².

¹ Segundo a CIPE® 2 Consulta é um evento ou episódio

² A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistemática e sistémica. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efetuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. (Ordem dos Enfermeiros, 2003)

A sistematização da assistência de enfermagem é entendida como um método de prestação de cuidados para a obtenção de resultados satisfatórios na implementação da assistência, com o objetivo de reduzir as complicações durante a intervenção com o cliente facilitando a adaptação e recuperação deste. (Silva, Oliveira, Neves, & Guimarães, 2011)

Assim esta aplicação envolve mais do que uma sequência de passos a ser seguidos, requerendo do profissional uma maior familiaridade dos diagnósticos de enfermagem e sensibilidade para adequar a intervenção às necessidades sentidas pelo cliente. Criam-se desta forma condições para a efetividade dos cuidados de enfermagem.

Foram trabalhados em primeiro lugar os modelos teóricos subjacentes à consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil. Identificamo-nos com o modelo dos sistemas de Betty Neuman, pela sua visão sistémica da pessoa. Assim a pessoa (indivíduo, grupo, comunidade ou questão social) é vista como um composto dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socio-culturais, espirituais e de desenvolvimento que está em constante mudança ou deslocação em interação recíproca com o ambiente. Neste contexto a ação de enfermagem está relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao *stress* com o objetivo de criar uma estabilidade em que as necessidades do sistema estão a ser satisfeitas.

Identificamo-nos de igual forma com a visão que Peplau tem da enfermagem, como um processo interpessoal, significativo e terapêutico com várias fases (orientação, identificação, exploração e resolução). Assim parece-nos adequado o processo de relação terapêutica como metodologia de intervenção.

Foram definidos aspetos específicos da consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil: a quem se dirige, objetivos da consulta, forma de referência, divulgação da consulta, procedimento de atendimento assim como indicadores de avaliação. Houve ainda a necessidade de criação de um instrumento de colheita de dados de enfermagem que contempla várias áreas: dados de identificação, admissão, contexto familiar, rede de suporte, antecedentes pessoais, antecedentes de saúde, antecedentes familiares, perspectiva do doente, perspectiva do enfermeiro e diagnósticos de enfermagem. Com este instrumento de colheita de dados pretendeu-se ter uma visão da pessoa como sistema respondendo a questões dentro da dimensão narrativa (o que o doente sabe, o que preocupa o doente, e as suas estratégias/capacidades) e dimensão psicopatológica (impacto no autocuidado e compreensão do processo de transição).

Após a elaboração do instrumento de colheita de dados houve a necessidade, segundo os modelos que orientam a consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil, de definir um instrumento de planeamento de cuidados. Este instrumento para além de registar as necessidades, resultados esperados, intervenções calendarização, responsáveis, monitorização e data de reavaliação, possui também o registo das potencialidades e expectativas do doente. Acreditamos que esta é a forma de alinhar a visão do enfermeiro com a visão do doente tornando assim os cuidados de enfermagem efetivos.

A definição do fluxograma/processo de atendimento constituiu uma mais-valia no planeamento da consulta na medida em que contribui para a qualidade dos cuidados prestados. Permite ao definir o processo criar zonas de análise, criando condições para ações de melhoria levando a uma evolução da consulta de enfermagem num ambiente de melhoria contínua.

A Ordem dos Enfermeiros (2001) define como um dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem a organização dos cuidados de enfermagem entendendo esta organização como objetivo do enfermeiro na procura permanente da excelência no exercício profissional devendo este contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem. Deve haver a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpora também as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente. Cria-se assim a necessidade de metodologias promotoras do desenvolvimento profissional e da qualidade. Através da formação e autoformação surge a qualidade nos cuidados de enfermagem.

Neste processo há um fator que consideramos importante e que é a satisfação de quem usufrui dos nossos cuidados. A Ordem dos Enfermeiros (2001) considera como elementos importantes da satisfação do cliente, relacionada com os processos de prestação de cuidados; o respeito pelas capacidades, crenças e valores e desejos de natureza individual do cliente, a empatia, a participação do cliente no processo, o envolvimento de pessoas significativas e o empenho do enfermeiro em minimizar o impacto negativo no cliente provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.

Foi desenvolvido questionário com itens de avaliação da satisfação sobre a consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil. Este questionário avalia itens em 8 áreas: acessibilidade, estrutura/instalações, organização do funcionamento, participação da pessoa no processo, qualidade dos cuidados prestados, privacidade, apreciação global, e sugestões e comentários para melhoria. O principal desafio na avaliação da satisfação foi como avaliar a satisfação a crianças. A solução passou pelo uso de mediadores de expressão e técnicas de apoio

narrativo indo de encontro aos itens referidos. Os pais e adolescentes acharam o questionário adequado e de fácil compreensão.

Os mediadores de expressão revelaram-se de extrema importância quer no diagnóstico quer na intervenção. Segundo Carvalho (2008) os mediadores artísticos são formas específicas de expressão artística, que recorrem a procedimentos criativos de concretização e sensoriais próprios, mediante as suas características específicas, com impacto particular nas diferentes vias perceptivas e com possibilidades expressivas e elaborativas, porque cada mediador deve ser aplicado de maneira peculiar. Oferecem assim potencialidades variadas, adequáveis às necessidades do indivíduo. Em consulta aqueles que foram utilizados foram a expressão dramática (role-playing e dramatização de histórias), expressão plástica (pintura e desenho), expressão musical (improvisação musical), expressão literárias (escrita livre automática, poesia), expressão lúdica (jogos e uso de brinquedos). A expressão pela arte foi sempre adequada às preferências das crianças/adolescentes, valorizando o seu potencial.

Um aspeto importante no planeamento da consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil foi a parametrização dos fenómenos de enfermagem. Permitiu criar uma base de planeamento e avaliação dos resultados da consulta. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007) a “Informação de Enfermagem” é importante para a governação da saúde e para além dos imperativos de natureza legal e ética dos sistemas de informação a sua relevância resulta da sua importância para as decisões clínicas, para a continuidade e qualidade de cuidados de enfermagem, para a gestão, a formação a investigação e para os processos de tomada de decisão. Conseguimos assim também dar visibilidade aos cuidados de enfermagem. A Ordem dos Enfermeiros aponta ainda como um dos princípios gerais a atender que o sistema de informação e os registos eletrónicos deverão contemplar a utilização obrigatória da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), tendo em vista a produção automática de indicadores, o desenvolvimento da investigação, a monitorização da qualidade, a formação, o financiamento e a tomada de decisão em relação às políticas de saúde, bem como a necessidade de reutilização de dados e comparação de dados a nível local, regional, nacional e internacional e ainda, os requisitos de uma prática baseada na evidência.

No Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre a versão da CIPE® utilizada é a BETA2 pelo que se constitui aqui uma oportunidade de melhoria na atualização do sistema para a versão 2 da CIPE®. Foram construídos, em conjunto com a equipa, fenómenos de enfermagem segundo a taxonomia CIPE® BETA2 (Anexo V), no entanto de forma a desenvolver competências na

construção de planos foi usada a CIPE® 2. Foi enviado posteriormente para o supervisor de enfermagem do hospital, de forma a poder dar seguimento ao processo.

5 – IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL INFANTIL E JUVENIL

Após a fase de planejamento da consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil, iniciou-se o seu processo de implementação na Área de Atendimento Infantil e Juvenil do Departamento de Psiquiatria do Hospital Dr. José Maria Grande em Portalegre. Tinha como principais objetivos:

1. Prestar cuidados segundo as competências atribuídas ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental;
2. Prestar cuidados de âmbito psicossocial e psicoeducacional à pessoa/família e grupos com necessidades dentro da área de saúde mental;
3. Mobilizar as potencialidades da pessoa/família/grupos de forma a incrementar a sua saúde mental;
4. Dinamizar articulação com estruturas sociais (escola) e de saúde de forma a potenciar o apoio à pessoa/família/grupo.

5.1 – O contexto

O contexto e ambiente onde se desenrola a relação de ajuda tem também forte influência na forma como decorre a relação ou na concretização dos objetivos.

Chalifour (2002) refere 3 variáveis que constituem o contexto em que se desenrola a relação de ajuda:

1. Cliente – relacionado com as suas expectativas, e motivo de consulta e busca de ajuda
2. Interveniente – relacionado com as suas competências e contexto profissional;
3. Instituição – relacionado com a sua forma de funcionamento, finalidade, missão, visão, valores.

Apesar do contexto ou condições, nunca devemos descurar a qualidade da relação, a cordialidade, a centralidade na pessoa assistida, dar segurança à pessoa. No entanto as condições em que o doente é atendido também são de grande importância. Nós como enfermeiros devemos canalizar esforços para que essas condições estejam presentes de forma a garantir excelência dos cuidados.

No Art. 88 (excelência dos cuidados) do Código Deontológico do Enfermeiro (2009) vem na alínea d):

Assegurar por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das via competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados.

Na alínea c) do n.º 2 do art.75 (direitos dos membros) do Código Deontológico dos Enfermeiros vem referido como direito:

Usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito do cliente a cuidados de enfermagem de qualidade.

Na Área de Atendimento Infantil e Juvenil foi usada sala em que se tentou promover um ambiente acolhedor e adaptado ao seu objetivo. Sala com mobiliário, de cores vivas, não sendo associado a mobiliário hospitalar, com uma mesa rebaixada onde era possível a crianças sentar em redor e com material de expressão, também com um espaço adaptado aos adolescentes e família, onde pudemos desenvolver técnicas de expressão e de apoio narrativo. As paredes são de cor clara. Um dos locais em que houve desenvolvimento de interação foi a varanda a que a sala tinha acesso, dava acesso à rua no entanto reservado (por não haver pessoas a passar). Foi importante na medida em que as crianças e adolescentes “desarmavam” as suas guardas quando íamos para a varanda, criando um clima mais favorável ao desenvolvimento da consulta. Eu pessoalmente também me sentia bem naquele espaço havendo um ambiente mais aberto.

5.1 - População

Uma das fases do meu estágio foi a seleção da população com que iria trabalhar. Constituiu-se aqui também um desafio, na medida em que não trazia critérios de seleção de população no projeto de estágio. Contudo vinha com o objetivo de ter uma experiência que me permitisse tomar contacto com várias fases da infância e adolescência. Uma das minhas questões iniciais foi; como criar o grupo de utentes que pudesse, num contexto em que a consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil não estava sistematizada, trabalhar de acordo com as suas necessidades, integrado numa equipa multidisciplinar.

Em conjunto com a orientadora de estágio, definimos uma estratégia para iniciar as consultas e seleccionar os utentes a seguir. Vivía-se uma altura da Área de Atendimento Infantil e Juvenil em que duas das técnicas (Professora de Ensino Especial e Terapeuta Ocupacional) tinham saído, assim criou-se aqui uma oportunidade/necessidade para rever as suas listas de utentes e avaliar

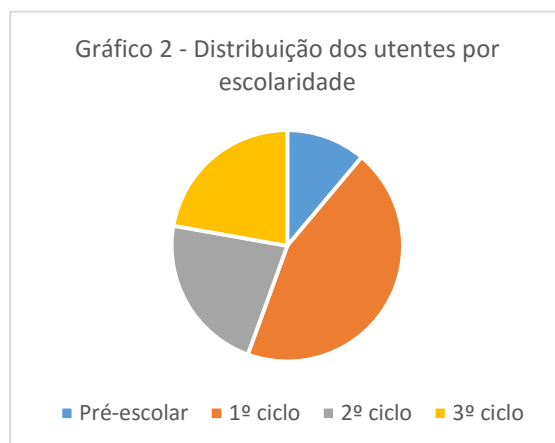
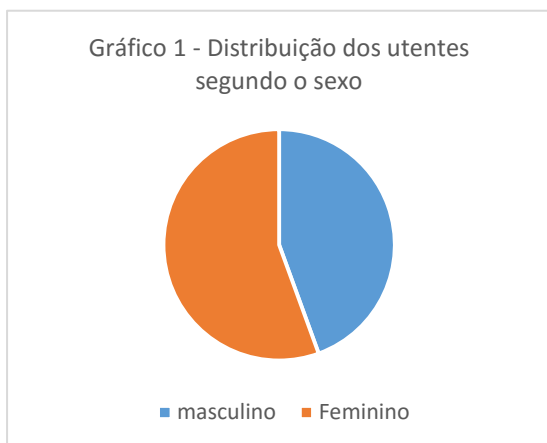
os seus processos. Havia um total de utentes nas duas listas de 88 utentes. Destes 88 utentes 44 estavam sem apoio de há mais de 6 meses a 1 ano. Os restantes já tinham apoio quer pela Terapeuta da fala quer pelo Psicólogo.

Durante o mês de Setembro 2015 consultei os processos destas crianças e jovens, de forma a poder tomar conhecimento das suas histórias e de forma a poder seleccionar um grupo de utentes que constituísse uma população heterogénea quer em idade quer em motivo do pedido de consulta. Para além de consultar os processos ainda pedi apoio à Professora de Ensino Especial e Terapeuta Ocupacional, que se disponibilizaram a passar informação sobre as crianças e jovens, que estavam sem apoio. Estas reuniões permitiram também uma maior celeridade no processo de escolha.

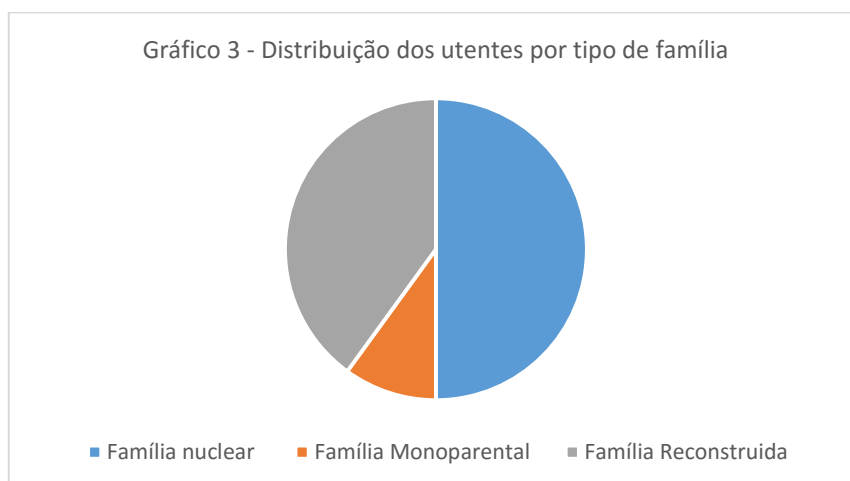
Uma das questões que me coloquei na altura foi; em utentes que foram encaminhadas para Terapia Ocupacional e Ensino Especial como poderia eu encontrar focos de interesse de enfermagem e ter resultados que fossem sensíveis há minha prática como futuro enfermeiro especialista de saúde mental. Quer pelas notas que li nos processos, quer pelas informações que obtive dos técnicos, consegui ver possíveis ações que se enquadram nas competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental principalmente na área da relação social, independência nas Atividades de Vida Diária, gestão das emoções, adesão terapêutica, processo familiar, autoimagem e auto estima ou relacionamento com pais e irmãos.

Esta informação inicial foi importante na medida em que permitiu ter informação sobre os utentes/famílias. Permitiu-me preparar o contacto com o doente, sendo o momento inicial por excelência aquele que se tem na primeira entrevista (Lopes, 2006), no entanto Sapeta (2010, citado por Lopes, sd) alerta para o perigo que esta “pré-presença” pode ter no sentido em que poderá condicionar desde logo a visão que o enfermeiro tem do doente à entrada, porque ficamos condicionados à imagem de quem apresenta. Toda a informação sobre o doente e o seu contexto ganhou uma dimensão e conteúdo mais significativo quando fiz a primeira entrevista.

Dos 9 utentes escolhidos; 4 (44,44%) eram do sexo masculino e 5 (55,56) eram do sexo feminino (gráfico 1), 8 de nacionalidade Portuguesa e 1 de nacionalidade Brasileira. Os 9 utentes tinham uma média de idade de 10,56 anos em que o mais novo tinha 6 anos e o mais velho tinha 15 anos. 1 utente frequenta o pré-escolar, 4 utentes frequentam o 1º ciclo, 2 utentes frequentam o 2º ciclo e 2 o 3º ciclo (gráfico 2).



Em relação ao tipo de família 1 utente estava inserido em família monoparental³, 5 em família nuclear⁴ e 4 em família reconstruída⁵(gráfico 3).



A família apresenta-se como um elemento fundamental no processo desenvolvido. Para além da criança/jovem também a família deve ser alvo de atenção, devemos ter em conta a sua

³ Família constituída por um progenitor que coabita com o(s) seu(s) descendente(s). (Caniço, Carvalho, Rodriguez, & Bairrada, 2012)

⁴ Família em há uma só união entre adultos e um só nível de descendência, pais e seus filhos. (Caniço, Carvalho, Rodriguez, & Bairrada, 2012)

⁵ Família em que existe uma nova união conjugal, com ou sem descendentes de relações anteriores, de um ou dos dois cônjuges. (Caniço, Carvalho, Rodriguez, & Bairrada, 2012)

dinâmica e a forma como isso influencia o dia-a-dia da criança/jovem. Adolescer⁶ nos dias de hoje parece não ser igual ao adolescer de outros tempos, também a família se tem modificado neste processo.

Parece haver uma maior igualdade entre crianças/adolescentes e adultos, há também um maior questionamento do *adultocentrismo* da sociedade e também se verifica um processo de prolongamento da adolescência.

Há um prolongamento do tempo de estudo e a falta de autonomia financeira e o desemprego levam a que os jovens passem mais tempo com os seus pais. Hoje os jovens estudam, trabalham ou especializam-se fazendo com que a saída da casa dos pais seja adiada.

Há uma maior liberdade e autonomia para os jovens e há uma diminuição da autoridade e controle paternos. Lasch (1991), refere que no século XX glorifica-se a juventude e diminui-se a autoridade dos pais. Há uma procura em minimizar as diferenças entre as gerações e evita-se pensar na criança como dependente e imatura. Parece haver um desejo dos mais velhos em ser jovens e a relação entre pais e filhos transformam-se levando os pais a questionar a sua autoridade e a questionar se estão a agir corretamente em relação aos filhos. Assistimos assim a um fenómeno em que a sociedade se vê em crise de autoridade e confusa sobre a forma como deve educar crianças e jovens. Os pais ficam confusos em relação às suas práticas educativas perdendo a segurança na educação dos seus filhos. Os pais passam a hesitar sobre as suas normas, sobre o que é certo e o que é errado, isto é, sobre a imposição dos seus padrões morais e acabam por depositar uma confiança, que chega à dependência nas orientações dos especialistas (Lasch, 1991).

Há um clima de fascínio pela juventude, que leva os pais a abandonar a sua autoridade sendo incapazes de exercer o papel de pais: muitas vezes ouvimos “os meus filhos são meus amigos”. Parece haver uma separação entre o amor e a disciplina. A mesma pessoa não consegue exercer os dois. E para que tenham amor pelos filhos ou ser “seus amigos”, tenham que abandonar o papel de educador e o papel de pais. Vemos assim uma sociedade que ainda procura a forma como transmitir os seus valores, cultura ou normas.

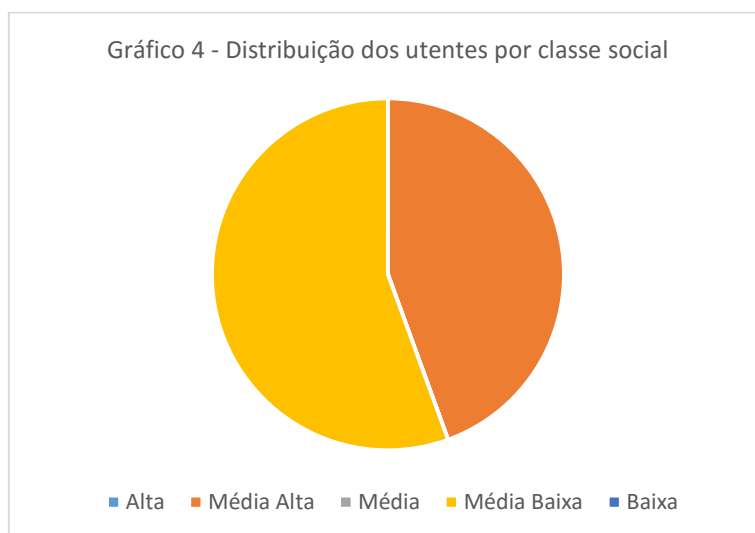
Assim o apoio de enfermagem deve ser também direcionada à família avaliando também aquilo que a família sabe, o que a preocupa e as suas potencialidades.

A situação de pobreza afeta negativamente a relação com a saúde, como também, uma saúde deficitária pode influir negativamente na condição económica dos indivíduos (Costa *et al*,

⁶ Verbo que significa crescer em forças, entrar na adolescência. (Primberam, Dicionário, 2015)

2008). Sendo o nível socioeconómico um factor que afecta a saúde apliquei Escala de Notação Social da Família - Graffar Adaptado (Amaro, 2001) no sentido de perceber a classe social das famílias das crianças/jovens que assisti (Anexo II). Esta escala baseia-se no estudo de cinco critérios/caraterísticas sociais e possibilita a determinação da posição social da família. Os cinco critérios são profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro onde habita. É preenchido de acordo com o elemento que tem maior rendimento do agregado familiar. O resultado é feito pela soma das pontuações obtidas em cada um dos critérios e que podem ir do 1 ao 5.

Pela aplicação da Escala de Notação Social de Graffar verifiquei que 44,44% das crianças e jovens assistidas estão inseridas em famílias de classe média alta (44,44%) e 55,56% pertencem a classe média baixa (Gráfico 4). Duas das famílias estão classificadas no limiar da classe baixa com uma pontuação de 20 e 21 na soma dos critérios.



O principal motivo de referenciação para consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil foi a alteração do comportamento (77,78%), outros motivos de referenciação foram alteração da comunicação (22,22%), atraso cognitivo (11,11%).

5.2 – Instrumentos de avaliação

A avaliação dos resultados foi um desafio na medida em que os problemas identificados surgiam quer das expetativas/necessidades levantadas pelos utentes quer da visão do enfermeiro. Assim foi necessário encontrar forma de avaliação que desse resposta a essas expetativas e problemas levantados.

De forma a avaliar os fenómenos e intervenção de enfermagem foram usadas várias metodologias de avaliação (Anexo VI):

- *Técnicas de apoio narrativo*: permitiram ter o feedback das intervenções, tendo em conta as preocupações manifestadas pela pessoa no início. Estas contribuem para a comunicação bidirecional, promovendo uma melhor explicitação ao utente e o estabelecimento de um clima de maior empatia entre o enfermeiro e o utente. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

- *Mediadores de expressão*: os mediadores de expressão foram uma metodologia usada quer na intervenção quer na avaliação. São formas específicas de expressão artística, que recorrem a procedimentos criativos de concretização e sensoriais próprios e que oferecem potencialidades variadas, adequáveis às necessidades do indivíduo. (Carvalho, 2008)

- *Escalas NOC (Classificação de Resultados de Enfermagem)*: A NOC tem como objetivo classificar resultados no âmbito da enfermagem, diminuindo a dependência a dados interdisciplinares, criando resultados padronizados de enfermagem, que permite a recolha e comparação de dados sobre as intervenções realizadas em locais e tempos diferentes. Esta avaliação de resultados permite um avaliar da eficácia e eficiência das intervenções realizadas. É constituída por uma escala de 5 pontos em que o 5 é o estado desejável e o 1 é o não desejável.

As escalas NOC usadas foram para avaliação de resultados de enfermagem neste contexto foram: Sono (0004); Autocuidado: Alimentação (0303); Arrumar-se (0304); Banho (0301); Higiene (0305); Higiene íntima (0310); Higiene Oral (0308); Atividades instrumentais da vida diária (3006); Concentração (0905); Comportamento de aderência (1600); Controle da impulsividade (1405); Estado Respiratório: troca de gases (0402). O resultado é dado pela média dos itens de cada escala.

- *Questionário AUDIT*: Foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um método simples de investigação de uso excessivo de álcool e para ajudar na realização de avaliações breves. É um questionário de autorresposta constituído por 10 questões e que permite avaliar dependência no consumo. A pontuação é feita pela soma das respostas e poderá ser: 0 a 7 (Consumo de Baixo Risco), 8 a 15 (Uso de Risco), 16 a 19 (Uso Nocivo), 20 ou mais (Provável Dependência)

- *Escala Breve de Coping Resiliente (Pais Ribeiro & Morais, 2010)*: A Escala Breve de Coping Resiliente é um instrumento que permite avaliar a resiliência como uma estratégia de coping. Para a adaptação da escala à população e cultura portuguesa, a variável resiliência foi avaliada com base nos quatro itens da escala original. É uma escala composta, apenas, por 4 itens que

permitem perceber a capacidade do indivíduo para lidar com o stress de forma adaptativa. A resposta aos itens é dada segundo uma escala ordinal, segundo o formato de Likert, com cinco opções, sendo que ao número cinco corresponde “quase sempre” e ao número um “quase nunca”. Os valores de resposta, que transmitem a capacidade do indivíduo para lidar com o stress de uma forma adaptativa, podem variar entre 4 e 20. Neste instrumento não existem itens cuja cotação se processe pela ordem invertida. Segundo os autores da escala original, Sinclair e Wallston (2003), consideram-se com baixa capacidade de resiliência os sujeitos que obtêm uma pontuação inferior a treze e, por outro lado, com resiliência forte os que atingem uma pontuação superior a dezassete.

- *Escala de Depressão de Beck*: A Escala de Depressão de Beck ou Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory, BDI, BDI-II), criada por Aaron Beck, consiste em um questionário de auto-relato com 21 itens de múltipla escolha. É utilizado para medir a severidade de episódios depressivos. Na sua versão atual, o questionário é desenhado para pacientes acima de 13 anos de idade e é composto de diversos itens relacionados aos sintomas depressivos como desesperança, irritabilidade e cognições como culpa ou sentimentos de estar sendo punido, assim como sintomas físicos como fadiga, perda de peso e diminuição da libido. A pontuação é obtida pela soma dos itens e poderá ser: 0 a 13 (nenhuma depressão), 14 a 19 (depressão leve), 20 a 28 (depressão moderada), 29 a 63 (depressão grave).

- *QAE - Questionário de Avaliação das Emoções (Torres & Guerra, 2003)*: neste contexto em particular apenas será aplicada a secção B da parte I do questionário. A secção B visa analisar a frequência com que os utentes sentem no seu dia-a-dia as 10 emoções primárias apresentadas por Izard (1991): interesse, alegria, surpresa, angústia, cólera, nojo, desprezo, medo, vergonha, tristeza, culpa. A pontuação é feita de acordo com uma escala tipo Likert de 5 pontos, cujas possibilidades de resposta variam entre nunca (1) e quase sempre (5) (Torres & Guerra, 2003).

De forma a ter uma perspetiva dos ganhos usando as várias metodologias de avaliação foi considerado o estado máximo desejável como 100% e o não desejável como 0%. Esta quantificação teve em conta a direção de avaliação de cada metodologia. Nas técnicas de apoio narrativo e mediadores de expressão foi considerado atingido em 100% o resultado pretendido quando houve referência à melhoria do estado. As metodologias sem necessidade de inversão foram: técnicas de apoio narrativo, mediadores de expressão, escalas NOC, Escala Breve de Coping Resiliente. Foi necessário inverter as percentagens dadas por Questionário AUDIT, Escala de Depressão de Beck, QAE - Questionário de Avaliação das Emoções.

5.3 – Diagnóstico/intervenção

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais. (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Vemos assim que a intervenção de enfermagem se foca naquilo que é o projeto de vida do utente, ou por outro lado naquilo que são as suas expectativas. Cada um é afetado pela doença mental de sua forma e no seu contexto, trazendo assim uma forma muito pessoal de viver aquilo que o afeta. Na minha perspetiva um dos primeiros desafios quando iniciamos a relação é como entrar no mundo da pessoa, como fazê-la reconhecer que somos um recurso útil para ela e para o problema que vive. Este desafio acresce quando aplicamos o processo de relação de ajuda a crianças e adolescentes, nos seus contextos. Estes têm uma linguagem muito própria e uma forma particular de ver e sentir o que os rodeia. É sem dúvida diferente daquela com que eu o fazia na minha adolescência, por várias razões; por sermos pessoas diferentes, por serem tempos diferentes com outros recursos e contextos familiares, escolares e pessoais.

A centralidade no utente levou-me a pensar sobre como iniciar a relação de ajuda. Concordo com Lopes (2006) quando refere como elementos deste caminho a resposta a 3 questões essenciais: o que preocupa o doente, o que o doente sabe e quais as suas potencialidades. Assim partimos sempre das expectativas que eram apresentadas quer pelo utente quer pela família. Aqui percebi que em grande parte das vezes havia uma discrepância entre o que são as expectativas dos pais e o que são as expectativas dos utentes. Os pais normalmente referiam problemas relacionados com o rendimento dos seus filhos quer a nível pessoal quer a nível escolar. Os utentes centravam mais as suas necessidades na forma como sentem o que os rodeia quer na família, escola e grupo de amigos.

Apresento de seguida descreverei o que foi a intervenção com cada utente, a intervenção está sintetizada em anexo (Anexo VII) com potencialidades, expectativas, necessidades, resultados esperados, intervenções, responsável, método de avaliação e avaliação.

Utente #1 [11 anos]

O que preocupava principalmente esta utente era a exigência que os pais tinham para com ela e o seu medo de errar, refletindo-se no sono. Aquilo que preocupava mais o pai era o rendimento escolar da filha, a mãe referia querer que a filha tivesse um espaço onde pudesse

falar abertamente. Foi mais fácil trabalhar os problemas com o uso de mediadores de expressão. O uso do diário e Pixton® (software para fazer histórias de banda desenhada), revelaram-se como uma boa estratégia de comunicação. No diário a utente escrevia como tinha sido os seus dias e os sentimentos que lhe tinha suscitado e servia de mote para as consultas. Os sentimentos negativos mais comuns eram o medo/angústia e a raiva.

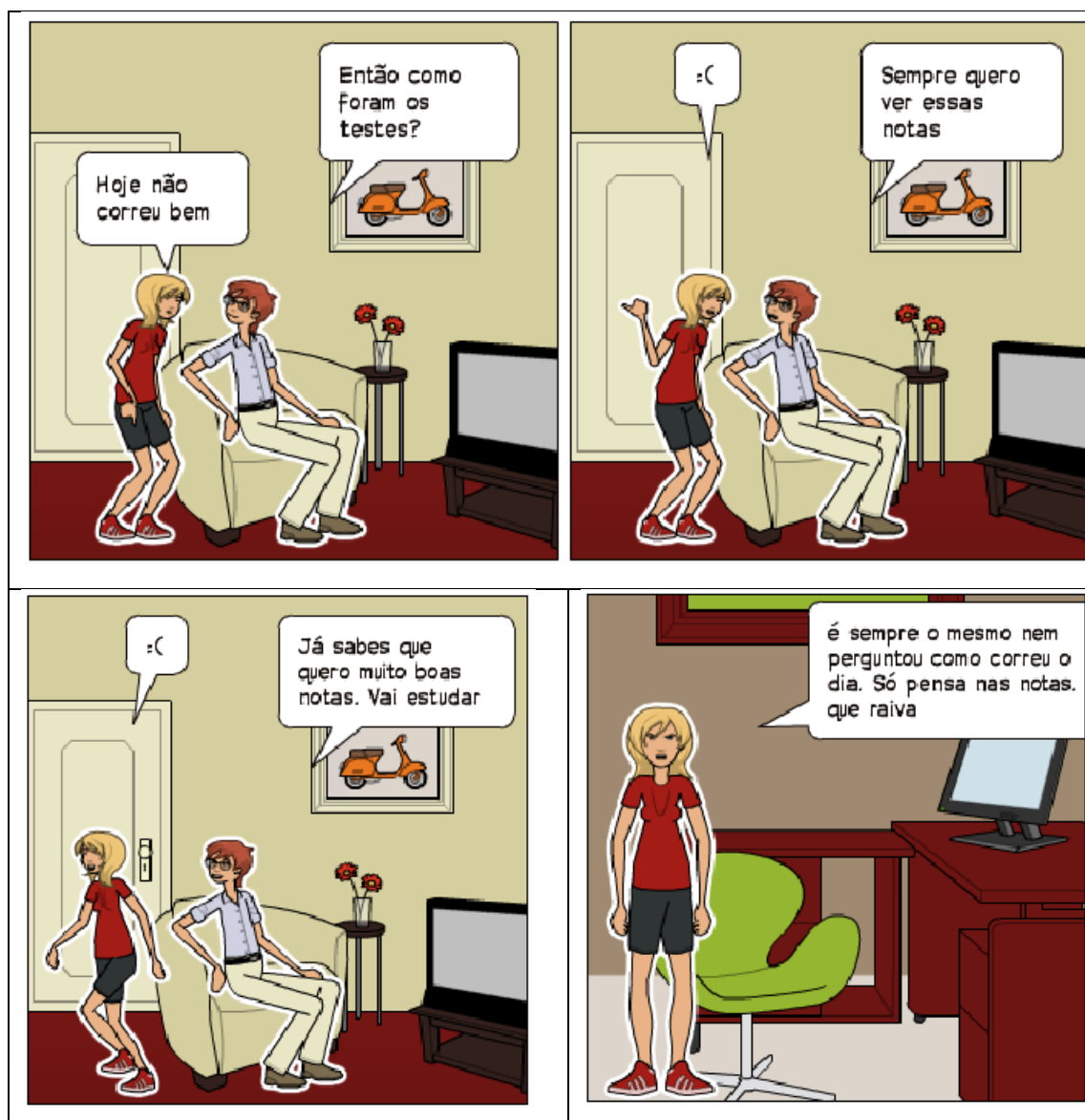


Figura 7 - Tela criada com Pixton.com

O Pixton é um site (www.pixton.com), que permite criar histórias de banda desenhada mudando as personagens e contextos assim como podendo inserir expressões faciais. Foi importante na perceção da relação pai/filha.

Também através dos mediadores de expressão foi possível desenvolver estratégias de resposta a situações causadoras de ansiedade e medo. O recurso a filmes (Divertidamente® da

Pixar) foi importante no reconhecimento das emoções e o impacto que elas podem ter no nosso comportamento. Poderia ter havido um maior número de sessões com os pais (houve 3 sessões), prenderam-se essencialmente na adequação das expectativas com o desempenho da utente, com suplementação de papéis em que se colocaram no lugar da filha e esta falou com eles como sentia que eles falavam com ela, a última sessão foi de reforço das potencialidades dos pais enquanto pessoas que educam. Foi interessante a forma como os pais desenvolveram a estratégia a que chamámos “quarto escuro”: quando algum estava em modo “parvo” (termo usado por eles para emoções negativas como medo ou raiva), iam para o quarto apagavam as luzes e assim podiam falar mais abertamente o que pensavam (diminuindo o medo e ansiedade da utente), começaram depois a conseguir falar olhando diretamente o outro. No final das sessões foi difícil a conclusão da relação, na medida em que havia o receio por parte da utente não conseguir sozinha desenvolver estratégias de comunicação no entanto foi valorizado o trabalho que ela e os pais fizeram, reconhecendo este receio mas no entanto servia de aprendizagem levando a uma melhoria na sua relação e diminuição da ansiedade e medo. Também para mim foi difícil a conclusão pensando no facto de pelo tempo limitado de relação que tinha (tempo de estágio) se levantariam questões éticas. No entanto acredito que a utente e família fizeram uma transição para uma nova etapa no seu percurso. Sinto-me grato por ter feito parte dessa transição. Os principais ganhos foram comunicação familiar efetiva, papel de estudante melhorado, sono adequado, coping efetivo e gestão de emoções negativas.

Utente #B [15 anos]

O principal problema sentido pela utente era a superproteção que tinha da mãe, e que era sentida como impedimento para a realização das suas atividades de vida, e que se refletia na avaliação destas, tendo a utente capacidade para as realizar. Foi importante a forma como a mãe refletiu sobre o seu papel na educação da filha, e conseguiu “abrir mão” da forma como substituía a filha em determinadas atividades do dia-a-dia. Os maiores ganhos foram no banho, alimentação, higiene oral e vestir-se (Gráfico 5 – Atividades realizadas). Um aspeto importante em todo este processo foi a compra de um gato (combinado em consulta), do qual a utente começou também a cuidar, aumentando a confiança que a mãe tinha nela, e transferindo cuidados básicos (planeamento, execução e avaliação). O desafio neste caso foi a “negociação” que teve de haver com a mãe para que num ambiente de segurança deixasse a filha realizar as suas atividades de vida e crescer como ser independente e confiante.



Utente #C [9 anos]

Esta utente tem trissomia 21 diagnosticado, com apoio da família e equipa multidisciplinar: cardiologia, otorrinolaringologia, endocrinologia, ensino especial, terapia da fala, intervenção precoce, consulta de desenvolvimento pediatria. A mãe referia que “gostaria que a minha filha tivesse apoio no que diz respeito à motricidade fina...”. Perante a principal preocupação da mãe foi encaminhada para serviço de Terapia Ocupacional. Com este caso percebi a forma como podemos funcionar como elo de ligação entre a utente e outros serviços de saúde, de forma a responder às suas necessidades e expectativas.

Utente #D [6 anos]

O principal motivo porque a mãe veio com o utente a consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil foi o seu comportamento; a desenvolver comportamentos de oposição, e com dificuldade na concentração. Na relação de mãe/filho era evidente um grau de exigência muito elevado criando uma grande distância entre o que são as expectativas da mãe e o que é esperado para uma criança da idade do utente. A mãe referia “... gostaria que ele fosse mais sossegado”, “tenho receio de ele ir para a 1ª classe e não adquirir conhecimento”. As sessões (3) com utente decorreram no sentido de conhecer esta relação do seu ponto de vista através da ludoterapia (metodologia em que aderiu melhor), durante as sessões o utente foi revelando a forma como se sente pressionado a ter um bom desempenho. Houve intervenção com a mãe no sentido de adequar as suas expectativas em relação ao filho, através de biblioterapia com uso

de um artigo de Elsa Pascoa (2010) – Aprender sem pressões, na revista Pais & Filhos. Revelou-se útil na medida em que suscitou na mãe a reflexão sobre este tema, relacionado com o seu comportamento. Houve encaminhamento do utente para a Equipa de Intervenção precoce no sentido de haver um apoio continuado quer a nível individual quer a nível de família. O ganho que houve neste utente foi a forma como a mãe encarava o seu desenvolvimento, parecendo querer saltar etapas de desenvolvimento ou apressando outras.

Utente #E [11 anos]

Havia neste caso uma clara diferença do que era o problema sentido pela mãe o que era o problema sentido pela filha. A mãe por um lado referia o baixo rendimento relatado pela professora na escola, a filha via um ambiente familiar comprometido, sentindo principalmente as alterações de humor da mãe e a sua relação com o irmão (13 anos) sentindo que este não falava com ela. Em sessão escreveu as seguintes músicas:

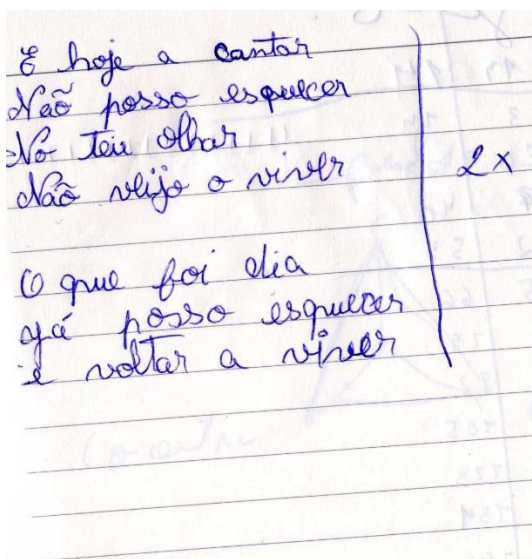
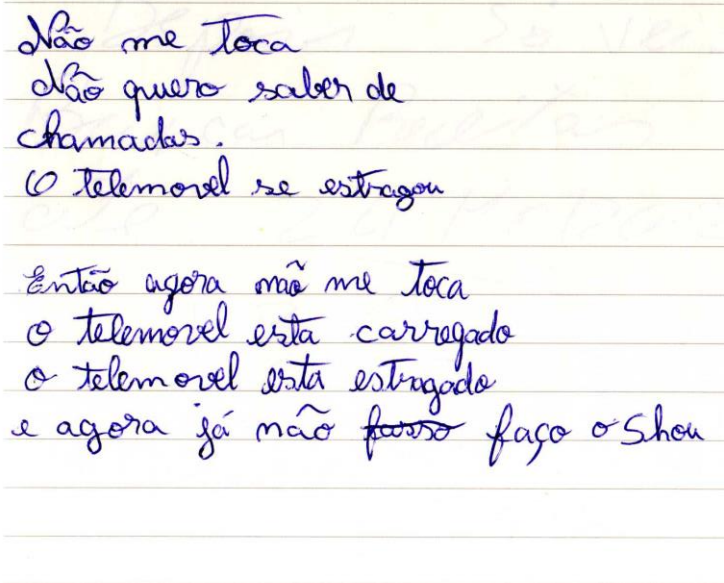


Figura 8 - Música feita pela utente em relação à mãe



Não me toca
Não quero saber de
chamadas.
O telemovel se estrogou

Então agora mãe me toca
O telemovel esta carregado
O telemovel esta estrogado
e agora já não fasso faço o Show

Figura 9 - Música feita pela utente em relação ao irmão

Este caso foi um desafio na medida em que implicou em paralelo, com a utente, uma intervenção com a família. Um aspeto menos atingido foi a motivação do padrasto em relação ao tratamento do problema de alcoolismo (tendo sido referenciado para outro serviço), estava numa fase ainda de contemplação. A mãe relatava sentir uma pressão por parte da sogra para mudar o comportamento do companheiro, sentindo-se também em parte culpada pela não mudança dele. Com o padrasto foi uma intervenção breve e o encaminhamento para outro serviço de saúde. Aplicado AUDID a padrasto que revelou um nível nocivo de consumo de bebidas alcoólicas. Foi difícil a intervenção com padrasto pela sua pouca frequência às consultas, houve encaminhamento para a Unidade de Tratamento e Recuperação de Alcoólicos do Departamento de Psiquiatria do Hospital de Portalegre. Detetou-se uma fase depressiva moderada na mãe, com ideias de suicídio mas referindo que não o faria (pelo inventário de depressão de BECK). A mãe já tinha sido seguida em psiquiatria pelo mesmo problema, houve novo encaminhamento. Houve também a motivação para recomeçar a tomar a medicação que fazia anteriormente (amitriptilina). A par desta desestruturação familiar havia a questão da falta de emprego da mãe. No decorrer das consultas notou-se uma melhoria do estado da mãe, conseguindo também obter em prego como empregada de balcão, dando maior estabilidade económica a esta família. Também a utente recusava medicação, segundo ela a razão era o mau gosto. Desenvolveu a estratégia de tomar a medicação bebendo água com açúcar. No início do 2º período havia referência da professora em relação à melhoria de rendimento e comportamento da utente. A sua relação com o irmão melhorou quando esta percebeu o espaço

de cada um e a forma como o deviam respeitar. Na mãe houve melhoria do estado de humor e a forma como se avaliava perante a condição do companheiro. Ficaram referenciados para continuação do acompanhamento em terapia familiar, a utente mantém também consultas de pedopsiquiatria.

Utente #F [11 anos]

O caso desta utente começou por ser um desafio logo de início devido à não aderência às consultas, referia que não queria estar na sala de consulta pelo que as primeiras duas sessões foram realizadas na sala de espera, com o uso do jogo de matraquilhos (sua preferência), na terceira sessão houve a confiança suficiente para entrar em sala de consulta, o que permitiu a exploração de conteúdos em que era necessária uma maior privacidade. Neste caso foi por demais evidente a necessidade de confiança que é necessário haver entre enfermeiro e utente. O principal problema manifestado pela utente era a falta de comunicação que havia com a mãe e a forma como era tratada na escola pelos colegas. A ludoterapia recorrendo ao jogo Pictionary revelou-se de grande utilidade pela forma como potenciou a comunicação mãe/filha, ainda mais quando o começaram a fazer para além do contexto de consulta em casa com a restante família. Em relação à escola foi trabalhada a forma como a utente percebia os comentários dos colegas, mantendo a sua segurança. O papel do professor foi importante na gestão das relações da utente em contexto escolar de forma a garantir a integridade da utente e na obtenção de informação que conseguisse servir de suporte à consulta. Houve ganhos em relação à gestão do impulso, relacionados com esta gestão das relações interpessoais. Houve uma melhoria em relação ao peso havendo diminuição de peso pela motivação que foi criada na utente. Em relação à tristeza a utente ainda estava a viver o processo de luto com a morte dos avós, que ficou resolvido com a sua visita ao local onde estavam sepultados e ao ser dada a oportunidade de expressar como tinha vivido a morte destes.

Porque das
daquela escola
que eu
me ardo a
sentir pior.
E uma coisa
que só me faz
sentir pior.

TRISTEZA
Porque fico triste
quando falam
de mim e dos meus
avós. Sobre mim
falam coisas sobre mim
tipo brincar a
mal sobre a
& só com brincadeira
porra.

2
E sobre os meus
avós dizem se eu
também avós e depois
eu só me lembro de
a mãe quando
passo perto da
também onde
lá os dois
uma avó e
as professoras dizem
isso.

Figura 10 - Texto escrito pela utente referindo-se às suas relações na escola e tristeza.

Devido à necessidade de continuação no acompanhamento foi contactada psicóloga da escola que começou a acompanhar a utente semanalmente.

Utente #G [8 anos]

Os principais problemas sentidos pelo utente eram a sua relação com o irmão e a sua relação com os colegas e a forma como ele sentia a rejeição. O utente era uma criança com um nível de exigência para com ele próprio e esperava isso dos outros. O trabalho realizado foi no sentido de reconhecer as limitações nos outros e também nele próprio e a forma como a exigência dele perante o que o rodeava tinha influência nas suas relações com os outros. Referia a presença de emoções negativas (raiva, tristeza e vergonha), onde foi importante a suplementação de papéis de forma a criar estratégias para gerir essas emoções.

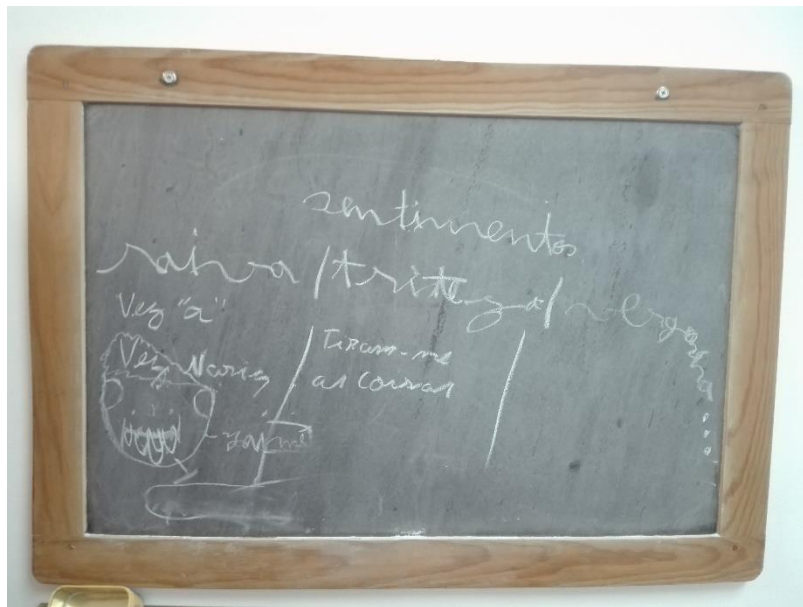


Figura 11 - Sentimentos identificados pelo utente

Revelou-se de grande utilidade a ludoterapia (jogos com bolas ao alvo) onde quando perdia ou ganhava discutíamos os comportamentos a ter.

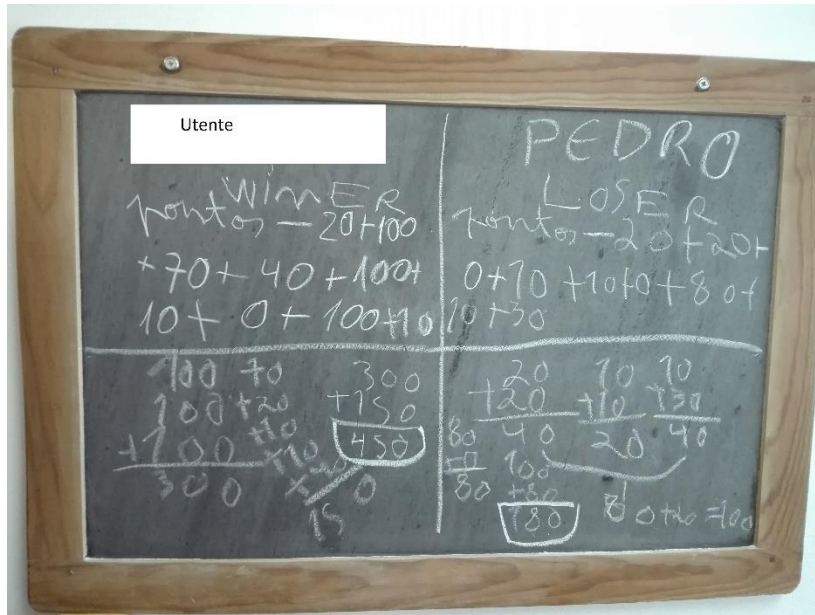


Figura 12 - Pontuação de jogo

A música revelou-se no utente como uma forma de expressão de eleição, criando nele a vontade de tocar um instrumento (viola).

Já não sei o que fazer mais
 vou ter-te de dizer também... a verdade
 não ter de te contar por poderes tu aconhegas
 1 2 3 já és tua que estás a relacionar
 que me ~~gostava~~ aconhegas ^{gazes} também agora o
 meu caminho é só emprestado não vou dizer
 tin e daqui já não fui fugir no não é em
 não, não, não há uma força na memória
~~tantam~~ que deseja que ~~desira~~ que tu estejas aqui
 e não ali: tu ^{sempre} sei ^{reforço} a uma vontade a
 respeito que não se pode calar ~~tantam~~ a música com
 que mais queria seises cantar é comtigo poder estar
 tam tam os meus olhos olhamos nos teus ~~com~~ com
 mais força do que a vontade de deus, tam tam.

Figura 13 - Letra de música feita pelo utente

Nesta letra de música houve a referência a como se estava a sentir com a intervenção. Dizendo que se sentia mais relaxado e referindo que agora o caminho era em frente.

Na consulta final, onde esteve presente a mãe, fui informado que o utente já tinha entrado na escola de música de forma a iniciar a sua formação musical. Dei reforço positivo no sentido de ele continuar com estudos de música e como esta podia servir para ele se exprimir.

Utente #H [11 anos]

A principal preocupação manifestada pela mãe eram as queixas que recebia da escola devido ao comportamento do utente. As principais expectativas manifestadas pelo utente eram relacionadas com a separação da mãe e do pai, e a forma como ele gostaria de passar mais tempo com o pai. Havia aqui uma relação que estava quebrada, não havendo vontade do pai para estabelecer esta relação. O trabalho feito neste sentido e depois de falar com o pai foi a adaptação/aceitação do utente a uma nova situação. O utente toma medicação (risperidona) à qual não aderiu, quando explorado ficou claro que era devido às mudanças constantes entre a casa da mãe e da avó. Havendo motivação para a tomar, houve a responsabilização do utente por levar sempre a medicação consigo, houve assim uma maior aderência ao regime medicamentoso. Um dos problemas levantados foi a presença de emoção negativa (raiva) que tinha influência na sua relação pessoal com os outros, levando constantemente a situações de conflito na escola com situações de agressão a outros colegas. Houve uma melhoria na aceitação dos outros e na forma como se relacionava com eles e como respondia a situações que lhe causavam raiva. Aqui foi importante a terapia pelos filmes (divertidamente) no reconhecimento das emoções e depois através da suplementação de papéis houve o treino de resposta a situações de risco. Em reunião intermédia com professora houve o relato de melhoria de comportamento na escola. Um aspeto forte do utente era o gosto por histórias, foi importante a análise de uma história que trazia como trabalho de casa, “O príncipe feliz – Oscar Wild”, o utente refletiu com esta história a beleza de nos preocuparmos com os outros e a forma como por vezes não somos vistos pelo que realmente somos mas sim pela aparência.

Utente #I [11 anos]

Este utente foi um desafio no que diz respeito ao conhecer as suas expectativas e a forma como percebia o que o rodeava. Cada vez que se centrava o discurso nele acabava por se retrair. Só a 3 sessões do final consegui que me falasse sobre o que gostava (música e desenho).

Consegui me descrever uma situação de descontrolo do impulso em casa em que atirou telemóvel ao chão. Leva-me a pensar em várias razões para este resultado, entre as quais o tempo mais que seria necessário acompanhamento. Cada utente tem o seu ritmo e a sua forma de se posicionar perante a relação que se estabelece. Levou-me também a questionar a minha capacidade de estabelecer estratégias de relação neste caso, deveria ter havido também uma maior intervenção com a mãe. Houve alguns ganhos neste utente principalmente o reconhecimento de situações que levavam ao descontrolo do impulso, associado a tomar a medicação algumas vezes. A mãe referiu assim ligeira melhoria no comportamento. Este caso implicou a minha deslocação à escola de forma a poder fazer o atendimento neste contexto, devido à preocupação da mãe em que o utente saísse da escola. Este foi um fator importante para mim na medida em que permitiu descentralizar a consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil.

Em 9 utentes foram levantados 34 diagnósticos de enfermagem para os quais houve intervenção (Anexo VII).

Tabela 1 – Diagnósticos de Enfermagem		
	Fi	%
Papel de estudante comprometido	4	11,76
Alteração do comportamento	4	11,76
Emoção negativa	3	8,82
Processo familiar comprometido	3	8,82
Adesão ao regime medicamentoso comprometido	3	8,82
Coping comprometido	2	5,88
Papel de mãe alterado	2	5,88
Adesão ao regime terapêutico comprometido	2	5,88
Comunicação familiar comprometida	1	2,94
Sono comprometido	1	2,94
Autocuidado diminuído	1	2,94
Alteração da motricidade fina	1	2,94
Processo familiar disfuncional com abuso de álcool	1	2,94
Papel profissional comprometido	1	2,94
Depressão	1	2,94
Respiração comprometida	1	2,94
Excesso de peso	1	2,94
Tristeza	1	2,94
Comunicação comprometida	1	2,94
	Total	34
		100

Das consultas realizadas ficou presente o papel que a família tem na criança e no adolescente. A família desempenha um papel regulador exercido com influência marcada pelos modelos parentais (Cordeiro, 2006). Parece haver um conjunto de forças entre a família e utentes atendidos, em que o desejável é que sejam no mesmo sentido. A família tem um papel fundamental no desenvolvimento da criança e adolescente e na construção da sua identidade (Erikson, 1963), desde a confiança que permite uma maior autonomia e iniciativa adaptando-se a um conjunto de regras e normas sociais e assim permite a construção de uma identidade que o torna único. Segundo Cordeiro (2006) a família é o primeiro campo de experimentação da nossa capacidade para o relacionamento social. Verificou-se nos casos seguidos modelos familiares marcados pela exigência e valorização do desempenho escolar. Mais particularmente nos casos #A, #D, #E, havia uma preocupação com o rendimento e desempenho escolar. No caso #A esta exigência acabou por ter reflexo quer na comunicação familiar em que a utente não sentia abertura para partilhar o que era considerado insucesso, gerando sentimentos de raiva pela forma como era recriminada e não valorizada enquanto pessoa, e sentimento de medo e angústia por temer o castigo que poderia ter. O medo e angústia acabaram por ter influência no sono (comprometido) e papel de estudante. Quando foram desenvolvidas estratégias de comunicação e discutida forma como se lida com o erro notaram-se melhorias significativas na relação com o pai. Também a liberdade de errar estava comprometida no caso #D, onde a mãe a mãe tinha uma expectativa alta em relação ao filho que estava prestes a ingressar o primeiro ciclo. Levinzon (2014) refere que por vezes os pais projetam nos filhos expectativas que correspondem a projetos pessoais dos pais e que muitas vezes não levam em conta a especificidade própria da criança ou do jovem e mesmo que o filho se tente encaixar, muitas vezes isso foge ao seu alcance. Esta exigência levou a uma alteração do papel de estudante (11,76%) e alteração do comportamento (11,76%). Há assim uma influência na forma como a criança e adolescente interagem com o exterior e se regem no mundo que os rodeia.

Verificou-se que havia neste jogo de forças uma clara diferença entre o que são as expectativas dos pais e o que são as expectativas dos utentes. No caso #E a mãe referia a alteração do comportamento da utente na escola assim como a diminuição do seu rendimento escolar por outro lado a utente revelava como principal preocupação a desestruturação familiar marcada pelas alterações de humor da mãe, pelo alcoolismo do pai e pela indiferença do irmão.

Cordeiro (2006) refere a qualidade da interação entre a pessoa e o ambiente onde está inserida como um fator crucial para o seu desenvolvimento. É necessário criar condições para refletir o erro e para aprender com ele. Verificou-se a necessidade que os pais têm de validar as suas práticas parentais, colocando questões como “estarei a educar bem o meu filho... diga-me

o sr. enfermeiro o que hei-de fazer?”. Entram aqui questões de adaptação e a forma como cada família deve ter estratégias de relação efetivas. Não existem receitas gerais, mas sim estratégias da própria família desenvolvidas e descobertas pelos seus elementos. Cabe ao enfermeiro facilitar essa descoberta.

Winnicot (1988), fala-nos da ideia de “mãe suficientemente boa” como aquela que consciente ou inconsciente das necessidades do filho responde adequadamente aos diferentes estágios do desenvolvimento dele, criando um ambiente propício a um processo de formação de um ser humano independente. No caso #B estava presente uma superproteção da mãe em relação à sua filha de 15 anos em que comprometia o seu papel como mãe e diminuía a capacidade de autocuidado da filha. A filha sentia de a mãe não a deixava nem confiava nela o suficiente para desenvolver as atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Em todos os casos esteve presente o conceito de coping nas mais variadas formas desde a forma como a família geria o seu ambiente até a forma como os utentes desenvolviam estratégias de resposta perante o que os preocupava quer em contexto familiar quer em contexto pessoal ou escolar. Boekaerts (1996) refere que o entendimento de coping deve compreender os diversos fatores envolvidos considerando o próprio desenvolvimento da pessoa. O papel do enfermeiro passou por suscitar nas crianças e adolescentes os mecanismos de resposta, usando as suas potencialidades e forma de comunicação adequadas. Houve a necessidade de identificar em primeiro lugar os stressores e treinar papéis e formas de resposta com o objetivo de mudar comportamentos e (re)adaptar a novas situações.

O encaminhamento para outros serviços surgiu na consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil como forma de resposta a necessidades quer sentidas pelos utentes/família quer pelo enfermeiro. Este encaminhamento exige o conhecimento das respostas existentes para ir de encontro ao que o utente/família necessita assim como o contacto com outros profissionais de forma a terem um atendimento diferenciado. Os casos #C #E e #F foram encaminhados para outros serviços (terapia ocupacional, terapia familiar, serviço de psicologia da escola), de forma a haver uma continuidade no apoio. Houve ainda o encaminhamento de familiares para outros serviços no Caso #E (serviço de psiquiatria do Hospital Dr. José Maria Grande e Unidade de Tratamento e Recuperação de Alcoólicos). É importante a forma como promovemos esta ligação com as estruturas existentes.

5.4 – Satisfação dos utentes/família

A crescente exigência dos utentes dos serviços de saúde faz com que determinados fatores, como a informação, a comunicação, a qualidade das instalações e o desempenho dos profissionais de saúde, sejam destacados e relacionados diretamente com o processo de satisfação (Xavier, 1999). Santos (2009) citando Greene, Weinberger e Manlin (1990) refere que a satisfação relaciona-se com a forma como as expectativas dos cuidados são percebidas pelos utentes, levando a que a satisfação se defina através de um elaborado processo psicossocial que abrange expectativas dos utentes, o produto dos cuidados e as experiências prévias.

A Ordem dos Enfermeiros (2001) salienta que na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em saúde mental persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes. Aponta como elementos importantes da satisfação, entre outros: o respeito pelas capacidades, vulnerabilidades, crenças, valores e desejos do cliente; o estabelecimento de relação de confiança e de parceria com o cliente no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados especializados em saúde mental; a utilização de abordagens construtivas na gestão das diferenças manifestadas pelos clientes; a promoção da melhoria das estruturas organizacionais, especificamente no que respeita ao ambiente, de forma a promover a satisfação dos clientes; a avaliação da satisfação dos clientes relativamente aos cuidados especializados em saúde mental.

De forma a proceder à avaliação da satisfação dos utentes/família foram definidos em equipa e em conjunto com enfermeiro supervisor elementos que fossem relevantes para avaliar satisfação em relação à consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil. Foram identificados 7 indicadores de satisfação com a consulta de enfermagem desenvolvida (Tabela 2): acessibilidade, estrutura, organização e funcionamento, participação, qualidade dos serviços prestados, privacidade e apreciação global. Houve ainda a introdução de uma questão aberta “Indique, por favor sugestões de melhoria deste serviço” (Anexo IV).

Tabela 2 – Indicadores de satisfação identificados para consulta de enfermagem infantil e juvenil
1. ACESSIBILIDADE
1.1 Acesso à Área de Atendimento Infantil e Juvenil
1.2 Horário da consulta
1.3 Facilidade em contactar telefonicamente (ou outras formas) o serviço
2. ESTRUTURA:
2.1 Conforto (comodidade, temperatura, ambiente, ruído e iluminação) deste serviço
2.2 Limpeza das instalações
3. ORGANIZAÇÃO DO FUNCIONAMENTO:
3.1 Rapidez com que a consulta teve início desde a marcação

3.2 Forma como os profissionais se identificam (nome, função) ao fazer o atendimento
3.3 Pontualidade com que foi atendido
4. PARTICIPAÇÃO:
4.1 Participação no plano proposto
4.2 Envolvimento nas decisões
4.3 Informação sobre a forma como decorreram as consultas
5. QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS:
5.1 Tempo de atenção prestada
5.2 Qualidade dos cuidados recebidos
5.3 Informação sobre as estratégias
6. PRIVACIDADE:
6.1 Respeito pela privacidade
7. APRECIACÃO GLOBAL:
7.1 Apreciação global

As respostas ao instrumento eram medidas através da utilização de uma escala pontuada de 1 (muito insatisfeito), 2 (insatisfeito), 3 (satisfeito) e 4 (muito satisfeito), havendo a opção de responder também não se aplica (NA) ou não sei (NS). Foram ainda introduzidas figuras associadas à pontuação:

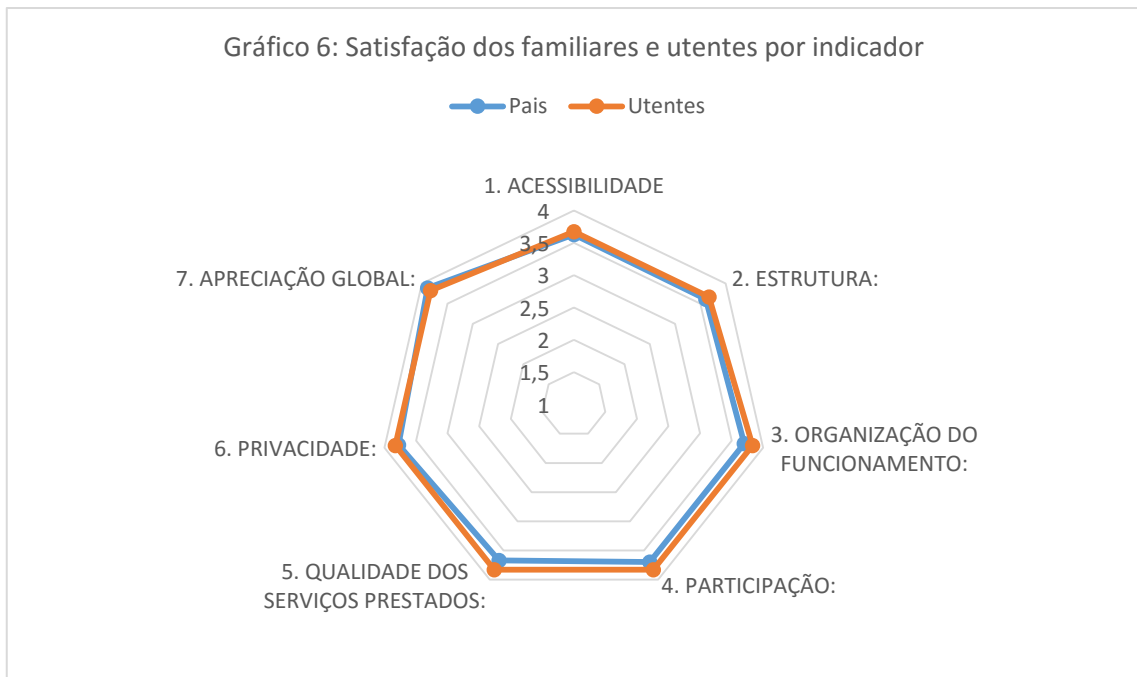
1	2	3	4
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
			

O resultado foi adquirido por média de respostas.

Responderam ao questionário 9 pais e 7 jovens, obtendo-se os seguintes dados:

Indicador	Pais		Utentes	
	Média	DP	Média	DP
1. ACESSIBILIDADE	3,63	0,06	3,67	0
2. ESTRUTURA:	3,61	0,08	3,67	0,24
3. ORGANIZAÇÃO DO FUNCIONAMENTO:	3,7	0,06	3,83	0
4. PARTICIPAÇÃO:	3,7	0,06	3,83	0
5. QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS:	3,67	0,19	3,83	0
6. PRIVACIDADE:	3,78	---*	3,83	---*
7. APRECIACÃO GLOBAL:	3,89	---*	3,83	---*

* com 1 item de avaliação do domínio.



O nível de satisfação em relação aos domínios avaliados foi alto, de notar que a satisfação manifestada pelos utentes foi sempre mais alta do que a que a dos pais, exceto na apreciação global. Os utentes manifestaram-se mais satisfeitos com organização do funcionamento, participação, qualidade dos serviços prestados e privacidade por outro lado o domínio que revelou maior satisfação foi a apreciação global. Este dado leva-nos a pensar na noção global que os pais têm da consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil. Os utentes mostraram maior satisfação no domínios que os afeta mais diretamente e que estão relacionados mais diretamente com a intervenção.

O grau de satisfação em relação à acessibilidade prende-se com o facto de a Área de Atendimento Infantil e Juvenil ser perto das escolas, o que permite que a deslocação ao serviço de atendimento seja facilitado. No entanto este não se prende só na estrutura física, ou seja, o facto de se ter ido à escola fazer atendimento também contribuiu para este grau de satisfação. A acessibilidade também se prende com a facilidade de contacto e com o horário das consultas. Estas foram sempre adaptadas à disponibilidade dos utentes e família, havendo a oportunidade de mudança de horários de atendimento.

A estrutura é algo que também afeta os cuidados, desde a comodidade até às condições ambientais como temperatura e limpeza do serviço. Foi importante verificar o grau de satisfação neste domínio na medida em que validou o trabalho feito por quem cuida dos espaços.

A organização do funcionamento prende-se com a forma como o serviço se gere e um fator considerado importante é a forma como se tem acesso à marcação de consulta. A

referenciação pode ser feita por qualquer pessoa (utente, família, professor, médico de família, enfermeiros ou outros) através de telefone ou mail ou presencialmente. Esta forma de organização revela-se eficaz também no que diz respeito à satisfação, permitindo desburocratizar o processo de admissão no serviço.

A participação, qualidade dos serviços prestados e privacidade revelaram também índices de satisfação elevados. É importante na medida em que se prende com o atendimento direto aos utentes/família. A satisfação na participação é reflexo da intervenção de todos os elementos envolvidos no projeto terapêutico garantindo a confidencialidade e privacidade como aspeto ético e deontológico de extrema importância.

5.5 – Resultados da intervenção na consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil

Sansone & Schmitt (2000) referem que os indicadores permitem avaliar os problemas de saúde das pessoas, magnitude desses mesmos problemas e necessidade de programas para a sua resolução. Esta visão enquadra-se naquilo que é o processo de enfermagem aplicado aos utentes/família. Segundo o modelo da eficácia do papel de enfermagem (Irvine; Sidani & Hall, 1998) é possível identificar os resultados sensíveis aos cuidados em relação aos vários tipos de funções dos enfermeiros. Integra vários componentes que inclui o enfermeiro, o cliente e as variáveis organizacionais que afetam o processo e os resultados do cuidar. As características do enfermeiro como o nível de experiência, saberes e competências podem afetar a qualidade dos cuidados prestados. Em relação ao utente podem influenciar os cuidados a idade, o estado físico, a severidade do problema atual ou outras co-morbilidades. A estrutura organizacional está relacionada com a carreira de enfermagem, o rácio enfermeiro/doente, avaliação de desempenho ou ainda a comunicação intra e interprofissional. Irvine; Sidani & Hall referem ainda neste modelo as ações de enfermagem interdependentes e autónomas como processo de cuidados e que levam a ganhos em saúde. Estes podem ser analisados em grandes dimensões como controlo de sintomas, prevenção de complicações, conhecimento da doença e tratamento, satisfação com os cuidados e custos.

A Ordem dos enfermeiros definiu em 2011 o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental onde identifica oito categorias de enunciados descritivos para a qualidade dos cuidados de enfermagem de saúde mental que define como:

1. A satisfação do cliente – o enfermeiro especialista em saúde mental persegue os mais elevados níveis de satisfação do cliente;
2. A promoção da saúde - o enfermeiro especialista em saúde mental ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde;
3. A prevenção de complicações - o enfermeiro especialista em saúde mental previne complicações para a saúde mental dos clientes;
4. O bem-estar e autocuidado - o enfermeiro especialista em saúde mental maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente;
5. A adaptação - o enfermeiro especialista em saúde mental conjuntamente com o cliente, desenvolve processos eficazes de adaptação às situações de vida e condição de saúde mental;
6. A organização dos cuidados de enfermagem, contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados;
7. A relação psicoterapêutica - o enfermeiro especialista em saúde mental, em parceria com o cliente, presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducativo, que visam manter, melhorar e recuperar a sua saúde mental;
8. o estigma e exclusão social - o enfermeiro especialista em saúde mental desenvolve processos para a redução do estigma e a promoção da inclusão social das pessoas, com especial relevância para aquelas que vivenciam situações de perturbação ou doença mental.

Os resultados obtidos na consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil desenvolvida (Anexo VI) foram enquadrados neste tipo de categorias (Tabela 4).

Tabela 4 – Resultados obtidos com intervenção de enfermagem					
Categorias dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem	Caso	Resultado esperado	1º	2ª	% de ganho
			avaliação %	avaliação %	
Adaptação	#A	Comunicação familiar efetiva	0	100	100
	#A	Gerir emoções negativas medo	20	100	80
	#A	Gerir emoções negativas ansiedade	40	80	40
	#A	Coping efetivo	50	85	35
	#C	Consulta de seguimento em TO	0	100	100
	#D	Papel de mãe melhorado	0	100	100
	#E	Processo familiar efetivo	0	100	100
	#F	Processo familiar efetivo	0	100	100
	#G	Processo familiar efetivo	0	100	100
	#G	Gerir emoções negativas	40	80	40
	#H	Coping efetivo	55	80	25
	#H	Gerir emoções negativas	40	60	20
	#I	Comunicação melhorada	0	5	5
Bem-estar e autocuidado	#B	Papel de mãe melhorado [autocuidado]	0	100	100
	#B	Melhorar autocuidado	64	80	16
Prevenção de complicações	#E	Adesão ao regime medicamentoso melhorado	40	90	50
	#E	Depressão melhorada	66,67	95,24	28,57
	#E	Processo familiar efetivo - álcool	47,5	45	-2,5
	#F	Adesão ao regime terapêutico melhorado	0	100	100,00
	#H	Adesão ao regime medicamentoso melhorado	37,2	82,8	45,6
	#I	Adesão ao regime medicamentoso melhorado	30	44,2	14,2
Promoção da saúde	#A	Sono adequado	53,4	93,4	40
	#A	Papel de estudante melhorado	35	60	25
	#D	Melhorar concentração	56,6	66,6	10
	#E	Papel profissional melhorado	0	100	100
	#E	Papel de estudante melhorado	50	80	30
	#F	Comportamento melhorado	48,4	68,4	20
	#F	Papel de estudante melhorado	25	50	25
	#F	Respiração melhorada	71,4	85,8	14,4
	#F	Diminuição de peso	0	50	50
	#F	Tristeza diminuída	0	100	100
	#H	Comportamento melhorado	48,4	83,4	35
	#H	Papel de estudante melhorado	0	100	100
#I	Comportamento melhorado	38,4	85	46,6	

De realçar a existência de um resultado negativo que está associado a padrasto com um consumo de álcool nocivo em que a intervenção de 1 sessão foi usada para aconselhamento breve e orientação. A 2ª avaliação foi feita 1 semana depois e ainda não havia a aceitação do seu estado clínico, havendo encaminhamento para Unidade de Tratamento e Recuperação de Alcoólicos do Hospital Dr. José Maria Grande.

O domínio da adaptação teve resultados que consideramos bastante significativos, mostrando a eficácia de intervenções como a ludoterapia, mediadores de expressão, música, filme terapia ou suplementação de papéis sendo importante nestes ganhos a participação da família em consulta.

No domínio prevenção de complicações os resultados que colocaram mais desafios foram os da adesão ao regime medicamentos. Foi de extrema importância a avaliação das razões para a não adesão, só assim se conseguiu desenvolver um plano de cuidados efetivo. Também foi importante avaliar a percepção que os utentes tinham da utilidade da medicação que tomavam e de como esta era um recurso terapêutico, assim como o impacto que esta tinha no seu organismo e nas suas atividades diárias.

Revelaram-se também importantes as intervenções de encaminhamento para outros serviços de forma a providenciar resposta mais diferenciada e continuada.

De seguida (Figura 14) apresento avaliação que foi feita em forma de texto por utente de caso #G.

①

Já não sei o que fazer, mas isto
 vou ter de te dizer também... a verdade
 vou ter de te contar por poderes te aconchegar.
 1 2 3 go xã é tua que estás a reconhecer
 que me ~~faz~~ ^{fazes} aconchegar tam agora o
 meu caminho é só empreteza não vou disse
 tir e daqui já não fui fugir não é em
 não, não, não há uma força na meu coração
~~tantam~~ que deseja que desista que tu esteiras aqui
 e não ali! Já não sei refrao a uma vontade a
 despretar que não se ^{quer} ~~pode~~ calar tantam a única coisa
 que mais queria seises cantar é com ti go poder estar.
 tam tam os meus olhos olham nos teus ~~mais~~ coisas
 mais força do que a vontade de deus, tantam.

Figura 14- Letra de música feita por utente de caso #G

É visível nesta música a forma relaxada e aconchegada como o utente se sente (relação psicoterapêutica) e a forma como tem o desejo de já não fugir e encarar o caminho como sendo “em frente”. É também visível no final da música a dificuldade que há no processo de resolução/conclusão das consultas.

5.6 – Divulgação de resultados da consulta de enfermagem infantil e juvenil à comunidade

Após apresentação da consulta de enfermagem de saúde mental na infância e adolescência à equipa do Departamento de Psiquiatria do Hospital Dr. José Maria Grande na fase de planeamento, foram apresentados resultados da consulta à comunidade. Foi feita sessão de

apresentação no auditório do Hospital Dr. José Maria Grande no dia 8 de Março de 2016, divulgada pela rádio local (Rádio Portalegre), e na intranet da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano. Foi realizada uma sessão sobre o tema “8 à tarde... vamos olhar para os mais pequenos”. Houve também a participação da Enfermeira Isabel Telo (Enfermeira no Hospital Dr. José Maria Grande), Enfermeira Teresa Alegre (Enfermeira Chefe do Departamento de Psiquiatria do Hospital Dr. José Maria Grande) e Enfermeira Joana Nobre (Enfermeira no Centro de Saúde de Portalegre). Estiveram presentes membros do Conselho de Administração e do Gabinete de Comunicação do Hospital Dr. José Maria Grande assim como colegas e psiquiatras do serviço de psiquiatria, pediatria e área de atendimento infantil e juvenil deste hospital, houve ainda a presença de professores das escolas de Portalegre e Marvão, e de colegas dos centros de saúde de Portalegre e Castelo de Vide.

Esta sessão foi importante na medida em que permitiu evidenciar as potencialidades que uma consulta deste género tem e a sua importância no atendimento à criança e adolescente nos seus contextos de vida. A discussão gerada permitiu chegar a algumas conclusões e consensos. Ficou evidenciada a necessidade de articulação de projetos com estruturas sociais criando sinergias entre os vários serviços de apoio com planos conjuntos de parceria de cuidados. Referida pelas professoras a necessidade de apoio que existe nas escolas, no que diz respeito às competências emocionais, gestão de stress e ansiedade, dependências e comportamentos disruptivos dos alunos. Ficou o compromisso de desenvolver projeto conjunto sendo o departamento de psiquiatria do hospital de Portalegre elo de ligação. Verificou-se motivação do conselho de administração do hospital de Portalegre e do diretor clínico do departamento deste hospital em participar e apoiar este projeto de ligação.

5.7 – Oportunidades de melhoria

As oportunidades de melhoria surgem numa perspetiva de melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Implica uma postura de análise e crítica perante o que fazemos e como o fazemos tendo a noção do que são as necessidades e limitações numa perspetiva de melhoria contínua. Sempre tive presente a expressão “agora parece-me que fazia de outra forma!” aplicada por exemplo à música ou construção de uma casa. O processo não se perde, ao termos esta postura melhoramo-lo.

Após planeamento e implementação da consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil vejo algumas oportunidades de melhoria que acredito melhorarem este serviço:

- Continuar com informatização do processo de enfermagem. Apesar de ter sido feita a parametrização dos fenómenos e intervenções de enfermagem há que fazer a informatização dos meios de avaliação usados assim como dos documentos propostos de colheita de dados e planeamento dos cuidados.

- A taxonomia de enfermagem usada é a CIPE® BETA2. Há vantagens na utilização da taxonomia atual CIPE® 2, de forma a atualizar as designações e intervenções usadas, com nova codificação.

- Desenvolvimento de metodologias de avaliação em plataforma informática, usando por exemplo linguagem de programação android. Seria assim possível o seu preenchimento em telemóveis ou outros dispositivos tão usados pelas crianças e adolescentes, para além da facilidade de recolha e tratamento de dados.

- Validar questionários de avaliação da satisfação, de forma a dar fiabilidade nos resultados gerados.

- Desenvolver projeto de investigação acerca dos indicadores de resultado deste tipo de consulta.

- Aquisição de material para terapias específicas como musicoterapia e filmeterapia.

- Formalizar parcerias com estruturas sociais na região (escolas, CERCI-Portalegre, Centros de Saúde, APPACDM, Núcleo de Intervenção Precoce, Centro de Recuperação de Menores do Assumar, GNR), de forma a criar planos de intervenção integrados.

- Continuar com projeto de literacia em saúde mental iniciado em Escola Mouzinho da Silveira.

6 – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

A enfermagem como disciplina tem-se vindo a desenvolver ao longo do tempo, desde a fase do conhecimento silencioso, criando o seu campo de acção adquirindo um campo conceptual e metodologias próprias. Assenta num conjunto de saberes que os enfermeiros usam na prática. Carper (1978) identificou 4 tipos de saberes; empírico (a ciência da enfermagem), estético (a arte de enfermagem), pessoal, ético (a moral).

Saber empírico, visto como a vertente mais tradicional da ciência. O saber empírico forma-se da prática do dia a dia com a resolução dos problemas que se colocam de forma competente. A realidade pode ser vista como algo que pode ser conhecido pela observação e verificado por outros observadores (Lopes M. J., 2006).

Saber estético, o saber estético parte da enfermagem como algo que é pessoal e pela forma de resolução dos problemas. Pela individualidade de cada individuo é possível surgirem acções/criações de valor estético e que são aceites pela comunidade científica. Também existe a dimensão da complexidade de respostas que é necessário dar e como tal a constante adequação das técnicas de enfermagem às necessidades específicas de cada pessoa. Estas respostas nunca são iguais porque as necessidades e os contextos também o não são.

Saber pessoal, o saber pessoal implica capacidade do profissional se apropriar dos conceitos, de interpretar a realidade e de refletir sobre si e sobre ela. Implica que sejamos “detentores de um auto-conhecimento elevado e de possuímos uma noção de integração do Eu. (Lopes M. J., 2006)

Há a envolvência do profissional no contexto de cuidados, com toda a experiência que tem.

Saber ético, surge da forma como os cuidados de enfermagem são prestados, da forma como entramos no “mundo” da outra pessoa e a informação que recolhemos e a forma como a devemos usar para o processo terapêutico. Toda a nossa atuação é conduzida por princípios éticos que deverão estar em primeira linha. É também um comprometimento com a sociedade que nos reconhece valor e nos reconhece um conjunto de competências efectivas.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (2005) o enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem.

As competências dos enfermeiros segundo Alarcão & Rua (2005) devem ter características como:

- Uma personalidade equilibrada e humanista, responsável;

- Conhecimentos científicos e técnicos sólidos e atualizados;
- Capacidade de analisar os fenómenos e acontecimentos criticamente, de tomar decisões, de agir perante o inesperado, de trabalhar em equipas multidisciplinares;
- Uma atitude de aprendizagem continuada.

Ao trabalhar com crianças, adolescentes e suas famílias fui colocado constantemente em confronto comigo mesmo e com a minha prática. Muitas vezes dei por mim a pensar o que deveria fazer para adequar os cuidados de enfermagem às exigências de cada utente. Em cada sessão haviam sempre sentimentos, emoções, valores pessoais associados. Havia por vezes a minha tendência a emitir juízos de valor acerca do que ouvia ou observava. O maior desafio foi como assitir o outro colocando-me no lugar dele, compreendendo a sua situação e a forma como a pessoa se via no seu contexto. Por outras palavras, como ter uma relação de ajuda baseada na empatia, com um elemento que é também a minha vulnerabilidade enquanto pessoa. Foram importantes as discussões que tive com a supervisora e orientador de estágio de forma a criar competências para um cuidado empático. Em algumas situações tive a perceção que estava claramente num impasse terapêutico, em que parecia que a relação terapêutica não avançava, no entanto vi a utilidade de refletir em conjunto com o utente o estado da relação de forma a em conjunto conseguirmos ultrapassar esse impasse. Neste ambiente de coprodução, acredito ter criado condições para o cuidado efetivo. Quando penso nas entrevistas e intervenções que realizei vejo que não foram perfeitas, havia sempre algo que acrescentaria ou faria de outra forma. Muitas vezes a sessão seguinte começava com intervenções neste sentido, ou seja, fruto desta reflexão diária havia fatores que necessitava explicitar melhor ou aplicar de outra forma, ultrapassando impasses que surgiam. Neste processo o momento em que fazia o registo de enfermagem e o planeamento era fundamental ao escrever o registo apercebia-me do modo como poderia ter intervindo de forma diferente, esta perceção levava-me a planear a sessão seguinte. Um aspeto interessante foram impasses que parece terem-se resolvido por si mesmo. Houve consultas em que se resolveu o impasse apenas por uma palavra que o utente disse ou por uma situação que viveu naquele dia, e serviu de “mola” para continuar a intervenção. Senti o caminho “a dois” que é feito no processo de relação terapêutica. Tudo isto levou também a um crescimento pessoal da minha parte.

Outro desafio que se colocou durante o tempo de intervenção foi a avaliação do estado do utente, isto é, tendo em conta a pessoa (o que sabe, o que o preocupa e as suas potencialidades, assim como o estado psicopatológico) como ir de encontro às suas necessidades e expectativas e dentro destas o que eu como enfermeiro, com o meu campo de ação poderia fazer. O processo de avaliação foi fundamental neste processo. Apercebi-me na forma como estamos em

constante avaliação do estado do utente, da sua postura, da forma como comunica, da forma como sente o que o rodeia e que influência isso tem no seu dia a dia. Daqui surgem diagnósticos de enfermagem que estão relacionados com o foco de atenção de enfermeiro. O planeamento constituiu uma importante ferramenta de cuidados de enfermagem, permitiu para além da organização dos cuidados definir formas de avaliação das intervenções e aferir os resultados esperados com estas intervenções. Perante as expectativas dos utentes houve o encaminhamento para outros serviços, considerei esta articulação importante na medida em que necessidades há que para além dos nossos cuidados necessitam dos cuidados de outras áreas de forma a terem uma resposta mais adequada, sendo o nosso papel de elo de ligação importante e que implica o conhecimento e ligação com os recursos que temos.

Com as intervenções realizadas fui-me apercebendo da necessidade que há na formação de forma a aplicar de forma correta cada tipo de intervenção. Os conhecimentos adquiridos durante o mestrado foram fundamentais durante o estágio foram reforçados com pesquisa bibliográfica de forma a adaptar aspetos particulares das intervenções ao utente. Houve intervenções nos mais variados sentidos entre os quais avaliar, otimizar, promover, auxiliar, motivar, monitorizar, ensinar, estabelecer, orientar, reforçar. Destaco as terapias desenvolvidas durante as sessões e que incluíram biblioterapia, ludoterapia, uso de mediadores de expressão, suplementação de papéis, filmeterapia, tal como desenvolvimento de estratégias de coping. Este tipo de terapias revelou-se eficaz no tipo de população assistida. Um dos desafios com que deparei em cada utente foi o conhecimento estético. Isto é, como adaptar cada tipo de avaliação ou cada tipo de intervenção naquela pessoa em particular, com um conjunto de valores e crenças próprias e formas de sentir individuais.

Foi importante para minha aquisição de competências todo o planeamento da consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil dando-me um maior aporte para a participação na organização dos cuidados. Esta implicou o contato direto com colegas (no sentido de haver uma apropriação do projeto proposto) e com o conselho de direção (para que houvesse um alinhamento entre os objetivos da direção e o projeto da consulta). Acredito que a organização dos cuidados deve partir de todos os enfermeiros, cada um de nós deve atuar ativamente no desenvolvimento da enfermagem nas instituições. Só assim conseguiremos apresentarmo-nos como um recurso de valor quer para a população quer para as instituições. Senti que havia desconhecimento por parte de outros profissionais de saúde em relação ao que é a prática do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. Quando comecei o estágio uma das estratégias usadas foi a minha apresentação aos outros técnicos para que a consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil fosse um recurso na Área de Atendimento Infantil e Juvenil, recebi as mais variadas respostas, entre as quais: “mas aqui não damos injeções!”,

“então se eu quiser que um doente meu vá à sua consulta o que é que lhe digo?”. Foi interessante e gratificante ver a mudança de comportamento em relação ao enfermeiro dentro da equipa, após algum tempo de trabalho. Comecei a receber utentes vindos da consulta de pedopsiquiatria. Houve ainda o pedido da pedopsiquiatria para que fosse incluído enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental na equipa dizia em reunião com chefe de enfermagem do departamento de psiquiatria. “onde é que escrevo para fazer o pedido?”. Na sessão de apresentação dos resultados obtidos foi referido por uma das técnicas do serviço: “temos sentido a falta do enfermeiro”. Parece ter havido uma mudança na forma como a equipa via o trabalho de enfermagem naquele contexto, o que foi gratificante para mim ter contribuído para essa mudança de visão do enfermeiro, também o notei nos próprios utentes e famílias.

Algo que levo deste estágio são também as pontes criadas com os vários técnicos e estruturas sociais como as escolas. Como projeto futuro fica o estabelecimento de parcerias entre o meu local de trabalho atual (Centro de Recuperação de Menores do Assumar) e todo este contexto em que estive inserido nestes 4 meses.

Sinto ter adquirido um conjunto de competências no sentido de conhecer vários tipos de intervenção e conseguir dentro do que são as expectativas e necessidades da pessoa iniciá-los e polos em prática, assim como a sua gestão. De forma a potenciar estas competências tenho ainda como projeto futuro o seu reforço através de maior pesquisa e formação em áreas como musicoterapia, mediadores de expressão, psicodrama ou terapia familiar.

7 – CONCLUSÃO

Como enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental somos chamados a ter um elevado conhecimento e consciência de nós próprios enquanto pessoas e profissionais, assistir as pessoas ao longo do ciclo de vida, famílias e grupos na otimização da sua saúde mental, assim como ajudá-los mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto prestando cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional com o objetivo de melhorar e recuperar a saúde.

A infância e adolescência são fases do ciclo vital com grandes transformações quer em termos individuais quer em termos psicossociais. Como tal somos chamados a assistir e ajudar as pessoas nestas fases particulares da sua vida, inseridas nos seus contextos. Em todo este processo é importante um ambiente de relação de ajuda que promove um clima de parceria e coprodução. Colocam-se grandes desafios na forma como se consegue chegar ao outro, entrar no seu mundo e fazer com que ele nos aceite como recurso para o ajudar em fase de doença.

A consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil surgiu com este objetivo, desenvolver um espaço onde pudesse haver uma interação entre enfermeiro e utente, espaço privilegiado de comunicação. No contexto em que foi desenvolvida, foi necessário um planeamento prévio de forma a criar referenciais para a sua concretização. Durante 4 meses foi um caminho de grande aprendizagem para mim, quer no planeamento quer na sua operacionalização. A relação com órgãos de gestão e colegas do local onde foi implementada a consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil foi importante para que houvesse a apropriação do projeto sendo criado de enfermeiros para enfermeiros e utentes. Também a participação das pessoas assistidas foi importante na medida em que permitiu validar metodologias de avaliação e intervenção.

A criação de instrumentos de avaliação, planeamento e intervenção e reavaliação materializou-se no Guia de Apoio a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, e permitiu basear estas atividades em ações sustentadas teoricamente, conferindo assim maior qualidade e evidência nos cuidados de enfermagem prestados.

Iniciou-se a informatização da consulta de enfermagem infantil e juvenil através da parametrização dos fenómenos de enfermagem e intervenções segundo taxonomia CIPE®, com todas as vantagens que o seu uso nos trás em termos de prática e partilha de resultados.

O uso de intervenções adaptadas à população assistida revelou-se de grande importância nos ganhos em saúde. Neste contexto mostrou-se eficaz o uso de mediadores de expressão, suplementação de papéis, ludoterapia, musicoterapia, arteterapia, filmeterapia no alcance dos resultados esperados. Foram alcançados ganhos quer a nível da adaptação, bem-estar e auto cuidado, prevenção de complicações, promoção da saúde ou ainda satisfação dos utentes e familiares.

O desenvolvimento deste estágio foi também importante na medida em que permitiu criar pontes entre instituições e principalmente entre pessoas que cuidam e estão ligadas ao atendimento e promoção do desenvolvimento infantil e juvenil. Neste sentido quer a forma de intervenção em ligação com escolas e outras estruturas sociais quer as ações de divulgação foram importantes no assumir compromissos de parceria e continuidade no desenvolvimento deste projeto.

Bibliografia

- Abreu, J. L. (2011). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva* (5.ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Agostinho, M. (2007). *Ecomapa*. Obtido de Fecam: http://eventos.fecam.org.br/arquivosbd/paginas/1/0.307825001366390062_ecomapa.pdf
- Alarcão, I., & Roldão, M. (2008). *Um contexto de desenvolvimento profissional dos professores*. Edição Pedagogo.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). *Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências*. Obtido de Scielo: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08>
- Amaro, F. (2001). *A Classificação das famílias segundo a escala de Graffar*. Lisboa: Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- Boekaerts, M. (1996). *Coping with stress in childhood and adolescence*. New York: Wiley.
- Caníço, H., Carvalho, A., Rodriguez, E., & Bairrada, P. (2012). *Novos tipos de família - Plano de cuidados*. Coimbra: Imprensa da universidade de Coimbra.
- Carvalho, R. (2008). Aquisição de conhecimentos e progressão do sentido pessoal: estratégias criativas e temas em arte-terapia. Conferência apresentada no IX Congresso Português de Arte-Terapia. Porto.
- Chalifour, J. (2002). *A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Cordeiro, R. A. (2006). *Adolescência... O corpo, a amizade e a intimidade*. Portalegre: IPP.
- Costa, A. B. (2008). *Um olhar sobre a pobreza*. Lisboa: Gradiva Publicações.
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Portugal - Saúde Mental em Números*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Obtido de <https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#>
- Erikson. (1963). *Identity, youth and crisis*. New York: Norton.
- Feriotti, M. d. (2009). *Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo*. Obtido de Vínculo:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902009000200007&lng=pt&nrm=iso

Irvine; Sidani & Hall. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing economics*, pp. 58-87.

Johnson, Maas, & Moorhead. (2000). *Classificação dos resultados de enfermagem*. São Paulo : Artmed.

Lasch, C. (1991). *Refugio num mundo sem coração. A família: santuário ou instituição sitiada*. Rio de Janeiro : Paz e Terra.

Levinzon, G. K. (2014). *Tornando-se pais: a adoção em todos os seus passos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lopes, M. J. (2006). *A Relação Enfermeiro Doente como Intervenção Terapêutica*. Coimbra: Formasau.

Lopes, M. J. (sd). De que falamos quando falamos em cuidados psicoterapêuticos? Alguns contributos para a sua conceptualização.

Lopes, M. (sd). *Cidadania e Participação: de utente-consumidor a cidadão co-responsável*.

Ordem dos Enfermeiros. (21 de Abril de 1998). *REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Obtido de Ordem dos enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Divulgar. Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistema de informação de Enfermagem (SIE) - Princípios básicos de arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Caderno temático - Sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem (SIECE), individualização das especialidades*

clínicas em enfermagem, perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapra tica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoC ompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (Fevereiro de 2011). *Browser CIPE*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Documentos legislativos e regulamentos da OE*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaodaOE.aspx>

O'Tootle, A., & Welt, S. (1996). *Teoria interpersonal en la práctica de la enfermería: trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau*. Barcelona: Masson.

OTTAWA, C. D. (1986). Obtido de CARTA DE OTTAWA: <http://www.dgicd.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96>

Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Pires, A. L. (2002). *Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

Primeram, D. (19 de Nov. de 2015). *Dicionário*. Obtido de Priberam Dicionário: <http://www.priberam.pt/dlpo/harmonia>

Primeram, D. (s.d.). *Dicionário*. Obtido de Priberam Dicionário: <http://www.priberam.pt/dlpo/harmonia>

Rabello, E. T., & Passos, J. S. (SD). *Erikson e a teoria psicossocial do desenvolvimento*. Obtido de Portal BR AT: <http://www.josesilveira.com/artigos/erikson.pdf>

- Rebello, L. (2007). *Genograma familiar. O bisturi do médico de família*. Obtido de Universidade de Lisboa: https://docs.di.fc.ul.pt/bitstream/10451/5655/1/Genograma_Familiar.pdf
- Samsone & Schmitt. (2000). Providing tender touch massage to elderly nursing home residents: a demonstration project. *Geriatric Nursing*, pp. 303-308.
- Santos, G. (2009). *Satisfação e qualidade: a visão dos utentes de uma unidade de reabilitação respiratória*. Obtido de Repositório.utad: https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/412/1/msc_gmmsantos.pdf
- Silva, E., Oliveira, V., Neves, G., & Guimarães, T. (2011). O conhecimento do enfermeiro sobre a sistematização da assistência de enfermagem: da teoria à prática. *Revista de Enfermagem USP*.
- Tomey, e. a. (2004). *Teóricas de enfermagem e sua obra*. Lusociência.
- Torres & Guerra. (2003). A construção de um instrumento de avaliação das emoções para a anorexia nervosa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, pp. 97-110.
- Townsend, M. C. (2014). *Enfermagem psiquiátrica - conceitos de cuidados (7ª ed.)*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- UNESCO. (2009). *Education/Literacy*. Obtido em 02 de Novembro de 2014, de unesco: www.unesco.org/en/literacy
- UNICEF. (1990). A convenção sobre os direitos da criança. Obtido de https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Winnicott, D. W. (1988). *Os bebés e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.
- Xavier, F. (1999). *Avaliação da qualidade em serviços de psiquiatria e saúde mental: estudo multidimensional dos cuidados prestados a doentes com esquizofrenia*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Zoboli, E., & Schweitzer, M. (2013). Valores da enfermagem como prática social: uma metassíntese qualitativa. *Rev. Latino-Americana Enfermagem*. Obtido em 21 de Nov. de 2015, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0695.pdf

Anexo I – Plano de aquisição de competências

Objetivo específico	Justificação	Atividades	CrITÉrios de AvaliaÇão	Tempo	Recursos Materiais e Físicos	Recursos Humanos
Demonstrar capacidade de autoconhecimento durante o trabalho desenvolvido no estágio	“a capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psico e socioterapêuticas é central para a prática de enfermagem de saúde mental...” (Ordem dos Enfermeiros, 2010)	- Elaboração de uma reflexão sobre um caso de me tenha colocado em confronto comigo mesmo. Segundo ciclo reflexivo de Gibbs.	- Apresentação e reflexão de caso com Enf. ^a Orientadora.	Mensal	Processador texto	Enf. ^a Orientadora
Desenvolver competências de avaliação diagnóstica das necessidades da criança e adolescente com doença mental	É competência do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental a “recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental. O processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente	- Revisão Bibliográfica; - Recolha prévia de informação junto da equipa multidisciplinar; - Participação nas reuniões de equipa; - Realização de entrevista de avaliação diagnóstica; - Registo da entrevista; - Análise e interpretação dos dados obtidos com a colaboração da enf. ^a orientadora; - Discussão da informação pertinente com equipa multidisciplinar.	- Relatório de validação dos dados recolhidos pela Enf. ^a Orientadora.	Mensal	- Processo do doente; - Gabinete; - Material didático.	- Doente; - Supervisor; - Equipa.

	do cliente e dos sistemas relevantes” (Ordem dos Enfermeiros, 2010). A avaliação em enfermagem de saúde mental, guiada pelo conhecimento de enfermagem relativo ao comportamento humano e aos princípios do processo de entrevista clínica de enfermagem de saúde mental, sintetiza informação obtida através de entrevistas, observação do comportamento, análise de outros dados disponíveis, e está na base da construção do diagnóstico de enfermagem, que é validado com o cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2015).					
Desenvolver competências de planeamento e intervenção, utilizando os princípios da relação de ajuda em crianças e adolescentes com doença mental.	O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental “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” assim como “presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão bibliográfica; - Recolha prévia de informação junto da equipa multidisciplinar; - Desenvolver plano de cuidados de enfermagem usando linguagem classificada; - Realização de entrevista de ajuda; - Registo da entrevista; 	- Relatório de validação da intervenção pela Enf. ^a Orientadora.;	Mensal	<ul style="list-style-type: none"> - Processo do doente; - Gabinete; - Material didático; - Material próprio de cada técnica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Doente; - Supervisor; - Equipa.

	<p>psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2010)</p> <p>O estabelecimento do plano de intervenção, é baseado no juízo clínico de enfermagem especializada perante a avaliação dos dados e premissas teóricas, é negociado com o cliente e utiliza os diagnósticos e sistemas de classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), adotados pelo International Council of Nurses e Ordem dos Enfermeiros. No que respeita à sua participação no tratamento das pessoas com doença mental, as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização de técnicas de intervenção de acordo com a avaliação da situação (relaxamento, plano de cuidados diário, terapia pela atividade, terapia pela música, suplementação de papeis, psicoeducação, ...) e tendo por base enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. - Discussão da informação pertinente com equipa multidisciplinar. 				
--	--	--	--	--	--	--

	<p>mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, promoção da autonomia, entre outros), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família. (Ordem dos Enfermeiros, 2015).</p> <p>Segundo a Ordem dos enfermeiros define no regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental , deve-se ter em conta oito categorias de enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a adaptação, a organização dos cuidados de enfermagem, a relação psicoterapêutica, estigma e exclusão social (Ordem dos Enfermeiros, 2015).</p>					
--	--	--	--	--	--	--

<p>Desenvolver competências de avaliação da relação terapêutica mantida com o doente.</p>	<p>O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental “identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação dos planos de cuidados de enfermagem; - Reflexão com Enf.^a. Orientadora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização de linguagem classificada - Validação das técnicas utilizadas pela Enf.^a Orientadora. 	<p>Tempos definidos nos planos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Processo do doente; - Gabinete; - Material didático; 	<ul style="list-style-type: none"> - Doente; - Supervisor; - Equipa.
<p>Contribuir para a divulgação do conhecimento</p>	<p>“A entrevista ao adolescente constitui-se como oportunidade única para o conhecimento das tendências, costumes e particularidades desta população em constante mudança, de modo a que as intervenções de enfermagem respondam, efetivamente, às suas necessidades de saúde e bio-psicossociais” (Ordem dos Enfermeiros, 2010). O avanço no conhecimento requer que o enfermeiro ESM incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Recolha e análise dos dados das consultas; - Participação em eventos científicos para divulgação de resultados 	<ul style="list-style-type: none"> - Validação pela Enf.^a Orientadora 	<p>Novembro 2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dados - Material didático 	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisor; - Equipa.

	também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização (Ordem dos Enfermeiros, 2015).					
--	--	--	--	--	--	--

Anexo II – Classificação social da família estabelecida pelo Professor Graffar

A Notação Social da Família – Graffar também conhecida como Índice de Graffar ou Classificação Social permite avaliar as condições socioeconómicas da família tendo como resultado a identificação da sua classe social. Possibilita, prever situações de risco, bem como as alterações a nível de comportamentos de saúde e desenvolvimento psicossocial.

São avaliados cinco critérios: profissão, nível de instrução, fontes de rendimentos familiares, conforto e habitação, aspetos do bairro onde reside.

Cada um destes 5 critérios é avaliado segundo a mais correta adequação ao agregado familiar, em cinco graus. Foi considerado o elemento de casal que representasse maior nível de classificação.

Os resultados obtidos revelam umas das seguintes classes socioeconómicas:

- Resultados entre 5 e 9 – Classe I – Classe Alta
- Resultados entre 10 e 13 – Classe II – Classe Média Alta
- Resultados entre 14 e 17 – Classe III – Classe Média
- Resultados entre 18 e 21 – Classe IV – Classe Média Baixa
- Resultados entre 22 e 25 – Classe V – Classe Baixa

Escala de Graffar

Nome: _____

Data: _____

Graus	Profissão	Instrução	Origem do Rendimento Familiar	Tipo de Habitação	Local de Residência	Pontuação	Posição Social
1º	<ul style="list-style-type: none"> - Gr. Industriais e Comerciantes; - Gestores de topo do setor público ou privado (>500 empregados); - Professores Universitários (com Doutoramento); - Brigadeiro/General/Marechal; - Profissões liberais de topo; - Altos dirigentes políticos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura; - Mestrado; - Doutoramento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas, de propriedades; - Heranças; - Rendimentos profissionais de elevado nível. 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaços com máximo de conforto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona de residência elegante. 	5 - 9	I Classe Alta
2º	<ul style="list-style-type: none"> - Médios Industriais e Comerciantes; - Dirigentes de médias empresas; - Agricultores/Proprietários; - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do setor público ou privado; - Oficiais das Forças Armadas; - Profissões Liberais; - Professores do Ensino Básico; - Professores do Ensino Secundário; - Professores Universitários (S/ Doutoramento). 	<ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou Curso Superior. 	<ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (>10 vezes o salário mínimo nacional). 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bom local. 	10 - 13	II Classe Média Alta
3º	<ul style="list-style-type: none"> - Pequenos Industriais e Comerciantes; - Quadros médios; chefes de secção; - Emp. Escritório (grau>); - Médios Agricultores; - Sargentos e equiparados. 	<ul style="list-style-type: none"> - 12º ano; - 9 ou mais anos de escolaridade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia. 	14 - 17	III Classe Média
4º	<ul style="list-style-type: none"> - Pequenos Agricultores/Rendeiros; - Emp. Escritório (grau<); - Operários semi-qualificados; - Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizados (grau<). 22-25 	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade >= 4 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Remuneração inferior ao salário mínimo nacional; - Vencimentos incertos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro social/operário. - Zona antiga. 	18 - 21	IV Classe Média Baixa
5º	<ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas; - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever; - Escolaridade < 4 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios). 	<ul style="list-style-type: none"> - Impróprio (barraca, andar ou outro); - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente. 	22 - 25	V Classe Baixa

Anexo III – Apresentação de fundamentação de consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil a equipa do Departamento de Psiquiatria

Enfermagem na Saúde mental e Psiquiatria que intervenções no adolescer dos dias de hoje

Consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil

Adolescer, segundo o Dicionário Priberam, é um verbo que significa crescer em forças, entrar na adolescência. Parece haver neste termo um movimento que implica passar de uma fase para outra, em que há uma fase anterior e uma posterior. Continuando neste jogo com palavras podemos conjugar o verbo no futuro, presente ou passado: eu adolescerei, eu adolesço eu adolesci.



Figura 15 - Adolescer

Newman (citada por Tomey, 2004) apresenta o conceito de pessoa como:

"...cliente/sistema de cliente que pode ser indivíduo, família, grupo, comunidade ou questão social. O sistema do cliente é um composto dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos,

socio-culturais, espirituais e de desenvolvimento. O sistema do cliente é visto como estando em constante mudança ou deslocação e como um sistema aberto em interação recíproca com o ambiente.”

Assim, nesta visão dinâmica da pessoa entendemos que a criança e o adolescente devem e só podem ser compreendidos no contexto da sociedade em que vivem e com a qual estão interlaçados. A criança ou adolescente *adolecem*, crescendo numa relação com o seu contexto social e cultural e criam assim a sua subjetividade. Assim os elementos básicos que constituem o psiquismo (afetos, desejos, emoções e vontade) desenvolvem-se e manifestam-se num contexto social que é entendido pela pessoa de forma subjetiva.

Poderemos assim considerar na mesma linha de pensamento de Newman (citada por Tomey, 2004) que a

“... saúde é um contínuo do bem-estar ao mal estar de natureza dinâmica e constantemente sujeito à mudança em que o bem estar ou a estabilidade ótima indica que as necessidades do sistema total estão a ser satisfeitas. Um reduzido estado de bem-estar é o resultado da não satisfação das necessidades do sistema. A pessoa encontra-se numa dinâmica quer de bem-estar, quer de mal-estar em diferentes graus, numa qualquer altura.”



Figura 16 - Crescer dinâmico

Têm havido mudanças no contexto sociocultural que influenciam quem nessas sociedades se move e a relação que com elas estabelece. Estas transformações socioculturais modificam a forma como as crianças e adolescentes são encarados e representados e se constroem como indivíduos. Parece ter havido um esbatimento dos critérios cronológicos que separam e definem os ciclos de vida.

Parece haver uma maior igualdade entre crianças/adolescentes e adultos, há também um maior questionamento do *adultocentrismo* da sociedade e também se verifica um processo de prolongamento da adolescência.

Há um prolongamento do tempo de estudo e a falta de autonomia financeira e o desemprego levam a que os jovens passem mais tempo com os seus pais. Hoje os jovens estudam, trabalham ou especializam-se fazendo com que a saída da casa dos pais seja adiada.

Assistimos também a um maior acesso às tecnologias da comunicação como a TV e internet. Assim as crianças e adolescentes entram desde cedo em contacto com todo o tipo de informação que num sentido clássico parecia pertencer apenas aos adultos (pais, professores, etc) e era passado por estes às crianças e jovens. Hoje há um “mundo paralelo” como as redes sociais em que podem ser assumidas identidades diferentes, ter acesso a informação ou ainda que permite atos de violência como o *ciberbullying*.

Há uma maior liberdade e autonomia para os jovens e há uma diminuição da autoridade e controle paternos. Lasch (1991), refere que no século XX glorifica-se a juventude e diminui-se a autoridade dos pais. Há uma procura em minimizar as diferenças entre as gerações e evita-se pensar na criança como dependente e imatura. Parece haver um desejo dos mais velhos em ser jovens e a relação entre pais e filhos transformam-se levando os pais a questionar a sua autoridade e a questionar se estão a agir corretamente em relação aos filhos. Assistimos assim a um fenómeno em que a sociedade se vê em crise de autoridade e confusa sobre a forma como deve educar crianças e jovens. Os pais ficam confusos em relação às suas práticas educativas perdendo a segurança na educação dos seus filhos. Os pais passam a hesitar sobre as suas normas, sobre o que é certo e o que é errado, isto é, sobre a imposição dos seus padrões morais e acabam por depositar uma confiança, que chega à dependência nas orientações dos especialistas (Lasch, 1991).

Há um clima de fascínio pela juventude, que leva os pais a abandonar a sua autoridade sendo incapazes de exercer o papel de pais: muitas vezes ouvimos “os meus filhos são meus amigos”. Parece haver uma separação entre o amor e a disciplina. A mesma pessoa não consegue exercer os dois. E para que tenham amor pelos filhos ou ser “seus amigos”, tenham que abandonar o papel de educador e o papel de pais.

Vemos assim uma sociedade que ainda procura a forma como transmitir os seus valores, cultura ou normas.

É importante ver as crianças e jovens inseridos no contexto em que se desenvolvem tendo uma visão sistémica e compreensiva. Assim parece-me adequada a perspetiva que Peplau nos dá sobre o papel do enfermeiro na enfermagem psicodinâmica. Descreve 6 papéis de enfermagem que surgem nas várias fases da relação enfermeiro-doente:

1. *Papel de estranho* – O enfermeiro não conhece o doente pelo que o deve tratar com a maior cordialidade e cortesia, acreditando nas capacidades do doente e abstendo-se de juízos de valor.
2. *Papel de pessoa de recurso* – O enfermeiro vai dar resposta específica aos problemas atuais da pessoa, assumindo-se assim como um recurso válido para a sua resolução.
3. *Papel de professora* – há a combinação de todos os papéis. Deve vir sempre daquilo que o doente sabe, e da sua capacidade para desenvolver estratégias de resolução. Este ensino pode ser de forma mais direcionada usando a literatura como recurso ou pode ser de forma mais empírica em que é usada a experiência do que aprende como ponto de partida para a aprendizagem.
4. *Papel de líder* – há uma relação de cooperação e participação na realização de tarefas por parte do doente.
5. *Papel de substituto* – há definição de áreas de dependência, independência e interdependência. As formas de estar da enfermeira criam modelações de sentimento no doente que reativam os sentimentos gerados numa relação anterior. Há um trabalho que leva a que a enfermeira faça ver as semelhanças entre a enfermeira e a pessoa que o doente associa. Há depois o trabalho relativo à identificação das diferenças existentes.
6. *Papel de conselheiro* – segundo Peplau este papel surge na forma como o enfermeiro responde aos doentes. Há a integração da experiência que se está a viver, levando a que a pessoa chegue à fase de resolução.

Estes papéis são desempenhados num processo de relação terapêutica, que se vai desenvolvendo na relação do enfermeiro com o doente num determinado contexto.

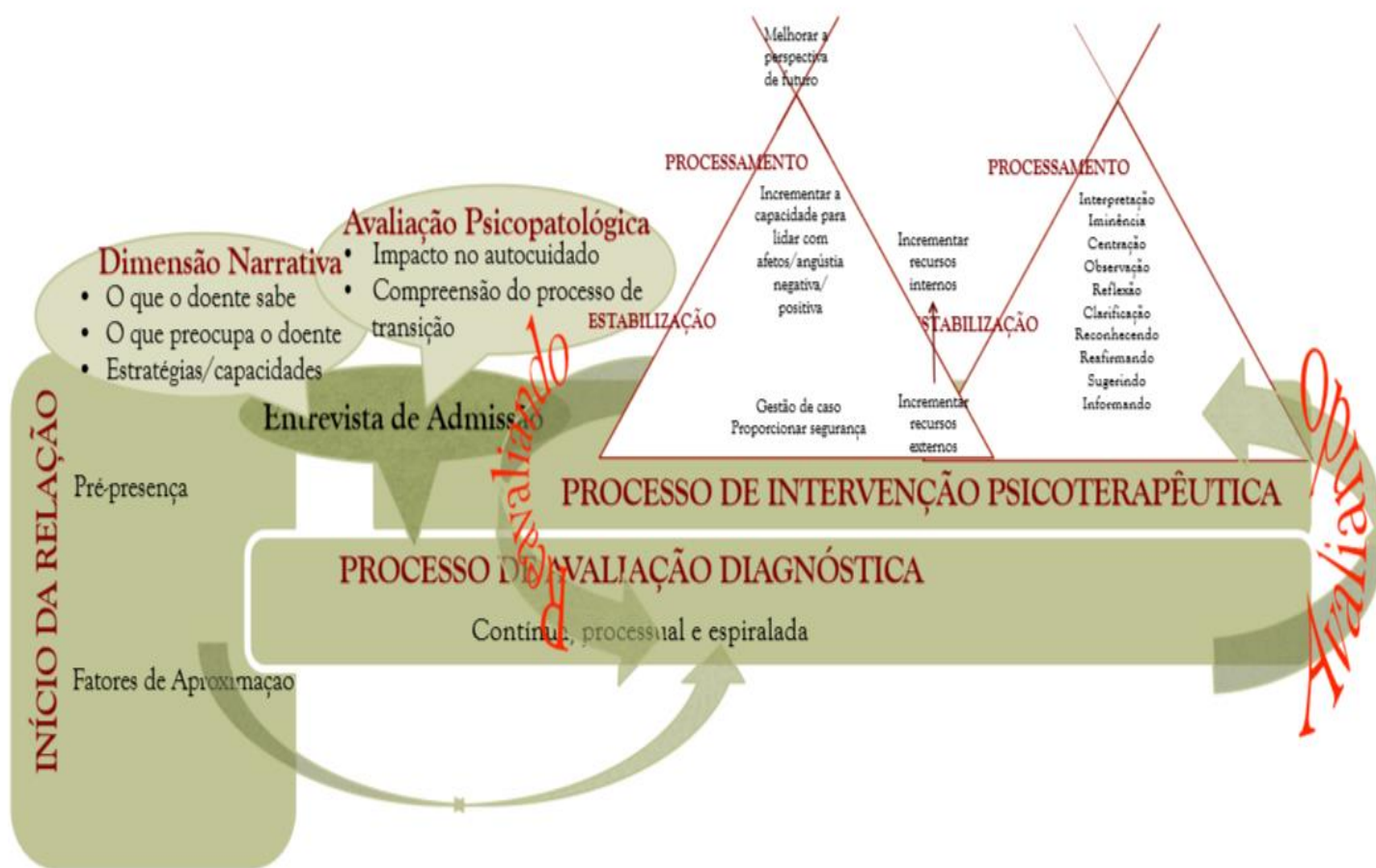


Figura 17- Processo de relação terapêutica (Lopes, sd)

Estes têm sido os conceitos de base da consulta de enfermagem que estou a desenvolver, na área infanto juvenil. Tenho seguido crianças e adolescentes que estavam referenciadas nas listas mas estavam sem apoio. Atualmente sigo, 9 utentes. O critério de escolha foi pela diversidade de casos e idades. O Utente mais novo tem 6 anos e a utente mais velha tem 15 anos.

Tenho seguido como forma de orientação no processo de consulta para lhe dar forma os algoritmos sugeridos pela Ordem dos Enfermeiros para avaliação da criança e adolescente.

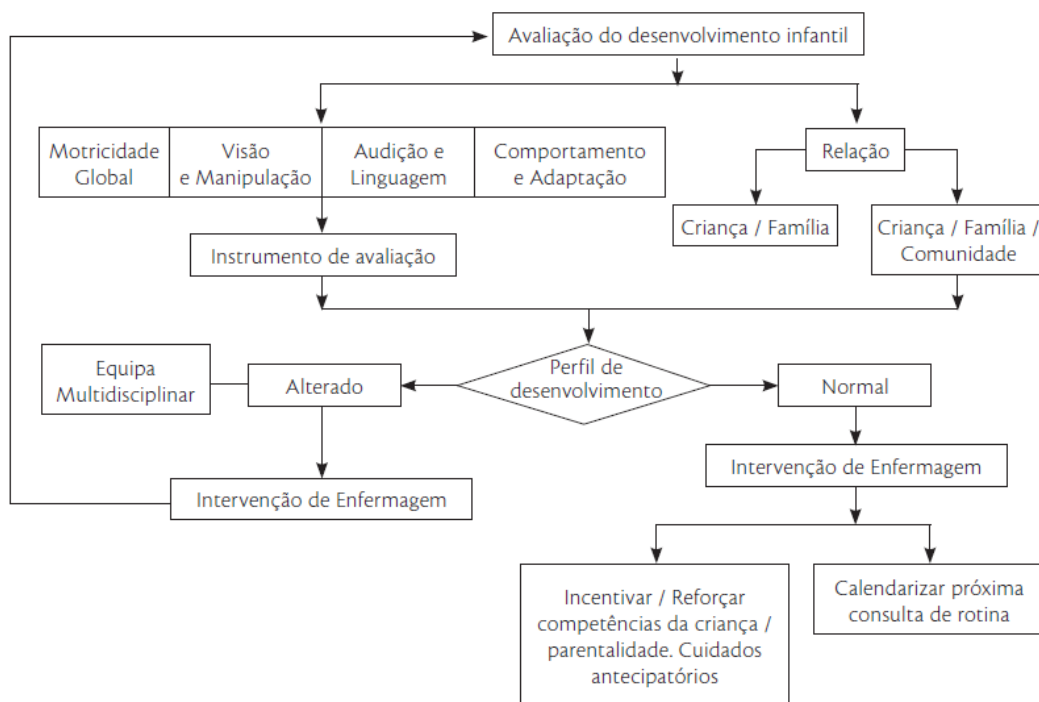


Figura 18- Algoritmo para avaliação da criança

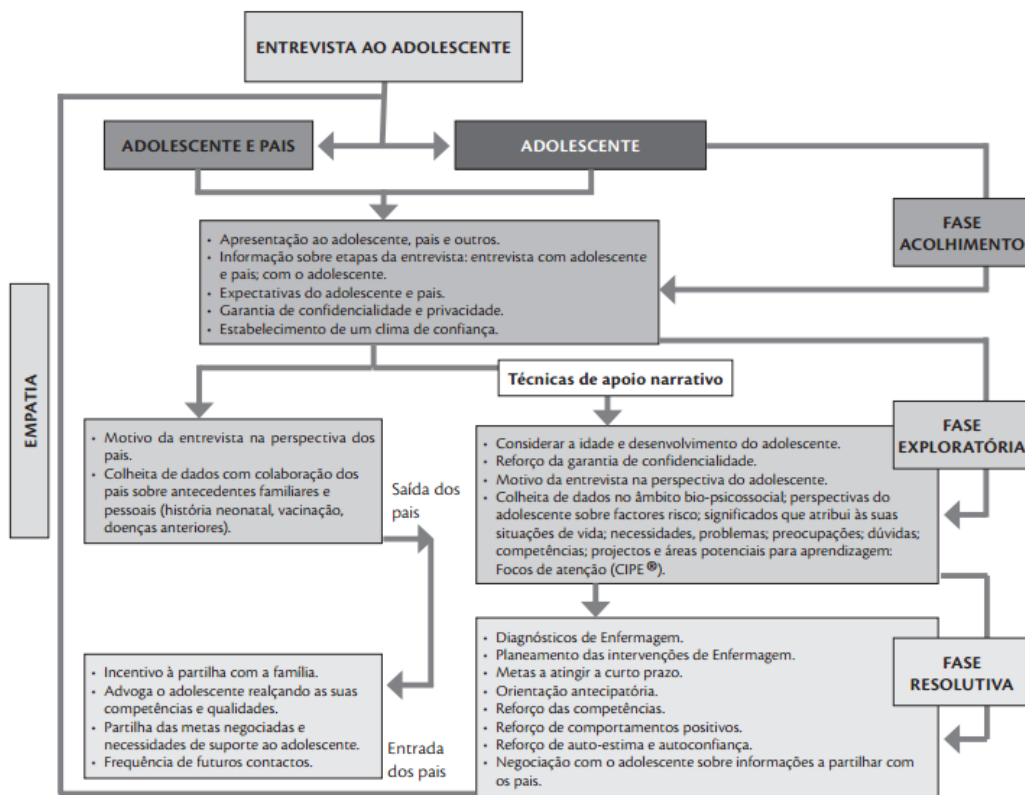


Figura 19- Algoritmo para avaliação do adolescente

São recolhidas e avaliadas as necessidades dos utentes/famílias, as suas potencialidades e as suas expectativas permitindo assim uma efetividade dos planos de intervenção. Desta forma pretendo adequar os planos de cuidados de enfermagem ao que as pessoas sabem, ao que esperam de nós e as suas potencialidades.

Tem sido uma experiência que me tem permitido desenvolver competências de avaliação, planeamento, diagnóstico, intervenção e avaliação. O maior desafio tem sido a adaptação destas atividades à pessoa e família, à subjetividade de cada um e aquilo que espera de mim e dos serviços.

No diagnóstico, para além da avaliação física, tem-se revelado bastante importante o recurso a histórias, suplementação de papéis, encenação, música ou jogo. Pelos mediadores de expressão tenho encontrado forma de colher dados que são sensíveis à prática de enfermagem. Também pela consulta às famílias, tenho obtido dados de grande relevância e valor.

É visível a forma como cada família funciona também como um sistema em que as características de cada um influenciam positivamente ou não todo o sistema familiar e a criança ou adolescentes. As expectativas, os medos, os receios, as dúvidas surgem também em contexto de relação terapêutica. Tenho sentido de forma clara os papéis que Peplau define para a enfermagem. Em pelo menos dois casos que sigo os familiares também têm perturbação psiquiátrica diagnosticada (depressão). De uma pessoa em consulta passamos a ter a família. Nestes casos acredito ser importante a articulação de equipa que pode haver ou a articulação entre serviços. Por exemplo, consulta de psiquiatria de adultos, consulta de alcoolismo. Acaba por se criar condições para se criar a figura do terapeuta de referência da família, que permita articular e gerir os recursos existentes de acordo com as necessidades levantadas e aplicar a metodologia de gestão de caso e forma a gerir e articular recursos.



Figura 20 - Gestão de caso (Fonte CMSA)

Na avaliação dos ganhos em saúde ainda não há resultados definidos, já posso apontar alguns como:

- Adesão ao regime terapêutico
- Adesão ao regime alimentar
- Conhecimento sobre a patologia aumentado
- Conhecimento sobre o regime medicamentoso adequado
- Expressão e reconhecimento de emoções e sentimentos
- Obstipação melhorada
- Sono adequado

Anexo IV – Guia de Apoio à consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil



| Consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil |

Serviço de Psiquiatria do Hospital de Portalegre

Área de Atendimento Infantil e Juvenil

Índice

1 – Consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil	113
1.1 - A quem se dirige?.....	113
1.2 – Objetivos	113
1.3 – Recursos	113
1.4 – Referenciação.....	113
1.5 – Divulgação	114
1.6 – Procedimentos	114
1.7 – Indicadores de Avaliação.....	116
2 – QUADRO CONCEPTUAL	119
2.1 – Questões éticas	119
2.2 – Modelos Teóricos Subjacentes.....	120
2.2.1– Enfermagem Psicodinâmica de Hildegard E. Peplau.....	120
2.2.2 - Modelo dos Sistemas de Betty Neuman.....	123
2.3 – Processo da Relação de Ajuda.....	126
Referências.....	133
Anexo I – Fluxograma do processo de atendimento de enfermagem	138
Anexo II – Folha de colheita de dados de enfermagem.....	141
Anexo III – Plano de cuidados de enfermagem.....	154
Anexo IV – Questionário de avaliação do grau de satisfação em consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil	162

1 – Consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil

A CIPE® 2 (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) define a *consulta* como um evento ou episódio, define ainda consultar como um ato de relação em que há procura de conselhos, obtenção de informação, partilha de ideias e análise em conjunto. Assim este deve ser um espaço no tempo em que há uma relação de parceria e coprodução de forma a satisfação as necessidades naquilo que a pessoa sabe e que a preocupa tendo em conta as suas potencialidades. A consulta decorre num ambiente multidisciplinar, em que há a união de forças de forma a dar resposta aos problemas.

1.1 - A quem se dirige?

Dirige-se a crianças e adolescentes com necessidades na área da saúde mental, numa perspetiva de aquisição do máximo de autonomia possível em todos os seus níveis (individual, familiar e comunidade), tendo o cuidado psicoterapêutico e de relação de ajuda como metodologia de diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação nos 3 níveis de prevenção.

1.2 – Objetivos

A consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil tem como principais objetivos:

Planear, executar e avaliar a intervenção de enfermagem de saúde mental à população alvo nos 3 níveis de prevenção.

1.3 – Recursos

- Enfermeiro com especialidade em Enfermagem de Saúde Mental;
- Recursos da Área de Atendimento Infantil e Juvenil do Departamento de Psiquiatria de Portalegre.

1.4 – Referenciação

O pedido de consulta poderá ser realizado quer pela própria criança/jovem, família, outros técnicos, escola presencialmente, por escrito, telefone (24530100) ou por correio eletrónico (infantojuvenil@ulsna.min-saude.pt).

1.5 – Divulgação

- Apresentação da consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil a outros técnicos da Área de Atendimento Infantil e Juvenil e Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano;
- Divulgação no Agrupamento de Escolas do Bonfim;
- Estabelecimento de parcerias com estruturas sociais (escolas, internato, CERCI);

1.6 – Procedimentos

Admissão

O procedimento de admissão segue já o existente na Área de Atendimento Infantil e Juvenil.

Os pedidos de atendimento podem ser efetuados pessoalmente, pelo telefone, por escrito ou por correio eletrónico, em que devem constar os seguintes elementos: identificação da criança/jovem, idade, nome dos pais ou responsável, endereço completo, incluindo o número de telefone, iniciativa do pedido e motivo do pedido.

É feita uma entrevista inicial. Nesta sessão procura-se avaliar elementos como história pessoal, história familiar e história da doença atual, avalia-se o motivo o pedido de consulta e a motivação da pessoa. Se houver condições para atendimento há a marcação de consulta e abertura do processo administrativo.

Há uma triagem no sentido de definir os técnicos que fazem a observação inicial, podendo haver o encaminhamento para outro serviço se for caso disso.

Seguimento

A consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil tem como base os modelos propostos em Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2010), tendo também como focos de atenção aqueles que são os da Enfermagem de Saúde Mental (Anexo II).

A entrevista é uma permuta entre o enfermeiro e a pessoa de quem este cuida ou a sua família e para a qual elabora objetivos particulares relativos à colheita de informações, à transmissão de conselhos ou de explicações e ao suporte psicológico e à resolução de certos problemas. (Phaneuf, 2002)

Assim propõem-se 4 fases: preparação, exploração, orientação e resolução.

Fase de preparação

É uma fase onde o enfermeiro adquire informação prévia sobre a pessoa e sobre a sua condição. Poderemos integrar esta fase no momento em que há a definição entre os técnicos da Área de Atendimento Infanto-juvenil, de forma a definir aqueles que vão intervir inicialmente com a pessoa.

Devemos colocar-nos quatro questões principais:

- *Para que serve a entrevista?*
- *Que natureza deve ter?*
- *Qual o seu objetivo principal?*
- *Quais os meios de que disponho?*

Fase de orientação

É o primeiro contato com a pessoa havendo assim a mobilização do enfermeiro como instrumento terapêutico. Há a observação do outro da de toda a sua linguagem verbal e não-verbal. É aqui também que há o início da relação com os pais ou outros e onde se recolhem as expetativas de ambas as partes, sempre com a garantia da confidencialidade e num clima de confiança.

Fase de exploração

Nesta fase os objetivos variam consoante o tipo de entrevista. Isto é, se estamos perante uma entrevista de colheita de dados, ensino ou informação, ajuda e suporte psicológico ou trabalho sobre comportamentos, problemas e conflitos.

Ouvem-se os pais de forma a saber o motivo da entrevista na sua perspetiva e de forma a colher dados como antecedentes familiares e pessoais havendo o preenchimento da Folha de

Colheita de Dados de Enfermagem (Anexo III) . De acordo com a vontade da criança/adolescente os pais poderão sair ou não e aí entra a intervenção com a criança/adolescente nesta fase. É importante considerar-mos a sua idade e desenvolvimento para que as metodologias sejam adequadas, ou seja, de forma a adequar os instrumentos e metodologias de recolha de dados e intervenção à sua idade e nível de desenvolvimento usando por exemplo mediadores de expressão. Deve ser ainda tomado em conta o estado de desenvolvimento em relação a aspetos como a motricidade global, visão e manipulação, audição e linguagem. Vemos assim o motivo da consulta na perspetiva da criança/adolescente e a forma como ele sente e interage consigo e com o que o rodeia. Levantamos ainda as suas potencialidades de forma a podermos incrementá-las. Poderá haver o encaminhamento para outras especialidades.

Fase de resolução

Há a definição de diagnósticos de enfermagem, planeamento das intervenções de enfermagem, metas a atingir (em Plano Individual de Cuidados de Enfermagem – Anexo IV), orientação, reforço de competências e qualidades, assim como o reforço de comportamentos positivos promovendo a auto-estima e confiança. Deve haver a negociação com o que partilhar com os pais.

Com os pais há a partilha de informação (de acordo com o combinado com criança/adolescente), realçando as potencialidades, competências e qualidades, definindo em conjunto o plano terapêutico. É ainda a altura em que se combina em conjunto a frequência do atendimento.

É importante ter em atenção a satisfação da criança/adolescente e a forma como esta deve estar adaptada à sua idade e ao seu nível de desenvolvimento, caso seja aplicável entregar Questionário de Avaliação da Satisfação (Anexo V), caso contrário esta avaliação poderá ser feita em sala na fase de resolução usando metodologias adaptadas como técnica narrativa ou fazer uso de mediadores de expressão.

1.7 – Indicadores de Avaliação

A avaliação dos resultados deve ser adaptada aos problemas identificados que surgem quer das expetativas/necessidades levantadas pelos utentes quer da visão do enfermeiro.

São propostas de seguida algumas metodologias de intervenção

- *Técnicas de apoio narrativo*: permitem ter o feedback das intervenções, tendo em conta as preocupações manifestadas pela pessoa no início. Estas contribuem para a comunicação bidirecional, promovendo uma melhor explicitação ao utente e o estabelecimento de um clima de maior empatia entre o enfermeiro e o utente. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

- *Mediadores de expressão*: os mediadores de expressão são uma metodologia usada quer na intervenção quer na avaliação. São formas específicas de expressão artística, que recorrem a procedimentos criativos de concretização e sensoriais próprios e que oferecem potencialidades variadas, adequáveis às necessidades do indivíduo. (Carvalho, 2008)

- *Escalas NOC (Classificação de Resultados de Enfermagem)*: A NOC tem como objetivo classificar resultados no âmbito da enfermagem, diminuindo a dependência a dados interdisciplinares, criando resultados padronizados de enfermagem, que permite a recolha e comparação de dados sobre as intervenções realizadas em locais e tempos diferentes. Esta avaliação de resultados permite um avaliar da eficácia e eficiência das intervenções realizadas. É constituída por uma escala de 5 pontos em que o 5 é o estado desejável e o 1 é o não desejável.

As escalas NOC para avaliação de resultados de enfermagem neste contexto poderão ser: Sono (0004); Autocuidado: Alimentação (0303); Arrumar-se (0304); Banho (0301); Higiene (0305); Higiene íntima (0310); Higiene Oral (0308); Atividades instrumentais da vida diária (3006); Concentração (0905); Comportamento de aderência (1600); Controle da impulsividade (1405); Estado Respiratório: troca de gases (0402). O resultado é dado pela média dos itens de cada escala.

- *Questionário AUDIT*: Foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um método simples de investigação de uso excessivo de álcool e para ajudar na realização de avaliações breves. É um questionário de autorresposta constituído por 10 questões e que permite avaliar dependência no consumo. A pontuação é feita pela soma das respostas e poderá ser: 0 a 7 (Consumo de Baixo Risco), 8 a 15 (Uso de Risco), 16 a 19 (Uso Nocivo), 20 ou mais (Provável Dependência)

- *Escala Breve de Coping Resiliente (Pais Ribeiro & Moraes, 2010)*: A Escala Breve de Coping Resiliente é um instrumento que permite avaliar a resiliência como uma estratégia de coping. Para a adaptação da escala à população e cultura portuguesa, a variável resiliência foi avaliada com base nos quatro itens da escala original. É uma escala composta, apenas, por 4 itens que permitem perceber a capacidade do indivíduo para lidar com o stress de forma adaptativa. A resposta aos itens é dada segundo uma escala ordinal, segundo o formato de Likert, com cinco opções, sendo que ao número cinco corresponde “quase sempre” e ao número um “quase

nunca". Os valores de resposta, que transmitem a capacidade do indivíduo para lidar com o stress de uma forma adaptativa, podem variar entre 4 e 20. Neste instrumento não existem itens cuja cotação se processe pela ordem invertida. Segundo os autores da escala original, Sinclair e Wallston (2003), consideram-se com baixa capacidade de resiliência os sujeitos que obtêm uma pontuação inferior a treze e, por outro lado, com resiliência forte os que atingem uma pontuação superior a dezassete.

- *Escala de Depressão de Beck*: A Escala de Depressão de Beck ou Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory, BDI, BDI-II), criada por Aaron Beck, consiste em um questionário de auto-relato com 21 itens de múltipla escolha. É utilizado para medir a severidade de episódios depressivos. Na sua versão atual, o questionário é desenhado para pacientes acima de 13 anos de idade e é composto de diversos itens relacionados aos sintomas depressivos como desesperança, irritabilidade e cognições como culpa ou sentimentos de estar sendo punido, assim como sintomas físicos como fadiga, perda de peso e diminuição da libido. A pontuação é obtida pela soma dos itens e poderá ser: 0 a 13 (nenhuma depressão), 14 a 19 (depressão leve), 20 a 28 (depressão moderada), 29 a 63 (depressão grave).

- *QAE - Questionário de Avaliação das Emoções (Torres & Guerra, 2003)*: neste contexto em particular apenas poderá ser aplicada a secção B da parte I do questionário. A secção B visa analisar a frequência com que os utentes sentem no seu dia-a-dia as 10 emoções primárias apresentadas por Izard (1991): interesse, alegria, surpresa, angústia, cólera, nojo, desprezo, medo, vergonha, tristeza, culpa. A pontuação é feita de acordo com uma escala tipo Likert de 5 pontos, cujas possibilidades de resposta variam entre nunca (1) e quase sempre (5) (Torres & Guerra, 2003).

De forma a ter uma perspetiva dos ganhos usando as várias metodologias de avaliação pode ser considerado o estado máximo desejável como 100% e o não desejável como 0%. Esta quantificação deve ter em conta a direção de avaliação de cada metodologia. Nas técnicas de apoio narrativo e mediadores de expressão será considerado atingido em 100% o resultado pretendido quando houver referência à melhoria do estado. As metodologias sem necessidade de inversão são: técnicas de apoio narrativo, mediadores de expressão, escalas NOC, Escala Breve de Coping Resiliente. Há necessidade de inverter as percentagens dadas pelo Questionário AUDIT, Escala de Depressão de Beck, QAE - Questionário de Avaliação das Emoções.

Segue-se quadro de indicadores segundo padrão de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental.

Categoria do indicador	Indicador
Satisfação do Cliente	- Índice de satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem saúde mental
	- Índice de satisfação dos prestadores de cuidados, família com os cuidados de enfermagem de saúde mental prestados aos clientes
Promoção da Saúde	- Percentagem de clientes a quem foi aplicado plano e/ou programa de reabilitação
	- Percentagem de modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem
	- Número de parcerias/protocolos de cooperação estabelecidas com entidades da comunidade, visando melhoria da saúde mental e prevenção de complicações
	- Resultados de intervenções relacionadas com promoção da saúde
Prevenção de Complicações	- Resultados de intervenções relacionadas com prevenção de complicações
O bem-estar e autocuidado	- Resultados de intervenções relacionadas com o bem-estar e autocuidado
A adaptação	- Resultados de intervenções relacionadas com a adaptação
A organização dos cuidados de enfermagem	- Horas de cuidados de enfermagem prestados
	- Proporção de enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental no serviço
	- Proporção de clientes com indicação para consulta de enfermagem de saúde mental e clientes em consulta
	- Perceção dos enfermeiros especialistas em saúde mental acerca do ambiente da prática e qualidade dos cuidados
A redução do estigma e promoção da inclusão social	- Número de campanhas anti estigma e atividades desenvolvidas na comunidade sobre doença mental

2 – QUADRO CONCEPTUAL

2.1 – Questões éticas

A Ordem dos Enfermeiros (2010) chama a atenção para os problemas éticos que poderão surgir entre adolescentes, famílias e profissionais de saúde devido ao facto de não se considerar o adolescente com maturidade suficiente para decidir sobre si. Colocam-se questões que vão de encontro ao respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo.

Antunes (1998) citado por Ordem dos Enfermeiros (2010) refere que segundo a Convenção de Bioética do Conselho da Europa no artigo 6º

“a opinião do menor deve ser tida em conta, em proporção da sua idade e grau de maturidade. Desta forma, o adolescente deve ser envolvido no processo de decisão, quando atingir um grau de compreensão e de inteligência para tal, sendo da competência dos pais partilhar o consentimento com os filhos”.

Em relação ao sigilo o enfermeiro tem o dever ético e deontológico de o preservar. Segundo o Artigo 85º do Código Deontológico do Enfermeiro, este está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assume o dever de:

- e) Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte;
- f) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;
- g) Divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico;
- h) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.

Em relação à privacidade o adolescente tem o direito a ser atendido individualmente em espaço privado, onde seja reconhecida a sua autonomia e individualidade, estimulando a responsabilidade pela sua própria saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

No n.º3 do artigo 38º do Código Penal Português (Consentimento) vem descrito que o consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta.

2.2 – Modelos Teóricos Subjacentes

2.2.1– Enfermagem Psicodinâmica de Hildegard E. Peplau

O contributo mais importante que Peplau deu para a ciência de enfermagem, para a enfermagem profissional e a especialidade de enfermagem psiquiátrica pode ser o desenvolvimento da teoria das Relações Interpessoais, que é considerada uma teoria de médio alcance e centra-se na relação entre a enfermeira e a doente. Tendo sido assim sugerido a obra de Peplau criou uma mudança paradigmática na natureza da relação entre a enfermeira e

doente, havendo assim o assumir do doente como um parceiro no processo de enfermagem. A Teoria de Relações Interpessoais usa conhecimento retirado da ciência comportamental e do que se pode apelidar de modelo psicológico (Tomey, 2004).

Na parceria que se estabelece entre enfermeiro e doente no processo de enfermagem, começa a haver assim por parte da atuação dos enfermeiros uma orientação para a forma como a pessoa vive e sente a sua doença. Isto é, são explorados os sentimentos, comportamentos e o significado que os eventos têm para o doente/cliente.

Peplau define a enfermagem psicodinâmica como sendo um meio de compreensão do comportamento de uns para poder ajudar outros a identificar as dificuldades que sentem, onde há a aplicação de princípios da relações humanas aos problemas que surgem em todos os níveis da vivência do ser humano. A relação enfermeira doente é feita por fases.

São definidas por Peplau 4 fases na relação enfermeira-doente (Tomey, 2004):

1. *Orientação* – há a necessidade por parte do doente em procurar os serviços de enfermagem, e é onde a enfermeira ajuda o doente a reconhecer e compreender o seu problema, definindo assim a necessidade de ajuda.
2. *Identificação* – nesta fase da relação há a identificação do doente com a enfermeira, reconhecendo que esta o pode ajudar. Há a permissão por parte da enfermeira de exploração de sentimentos para ajudar o doente a criar mecanismos de readaptação.
3. *Exploração* – quando o doente pode retirar tudo o que lhe é oferecido neste processo. Poderá haver projeção de novos objetivos por parte da enfermeira.
4. *Resolução* – é a fase do processo em que o doente adota os novos objetivos que foi traçando com a enfermeira. É também a fase em que o doente se liberta da identificação com a enfermeira.

Durante todo este processo a enfermeira assume vários papéis. Segundo Peplau são 6:

7. *Papel de estranha* – a enfermeira não conhece o doente pelo que o deve tratar com a maior cordialidade e cortesia, acreditando nas capacidades do doente e abstenendo-se de juízos de valor.
8. *Papel de pessoa de recurso* – a enfermeira vai dar resposta específica aos problemas atuais da pessoa, assumindo-se assim como um recurso válido para a sua resolução.
9. *Papel de professora* – há a combinação de todos os papéis. Deve vir sempre daquilo que o doente sabe, e da sua capacidade para desenvolver estratégias de resolução. Este ensino pode ser de forma mais direcionada usando a literatura como recurso ou

pode ser de forma mais empírica em que é usada a experiência do que aprende como ponto de partida para a aprendizagem.

10. *Papel de líder* – há uma relação de cooperação e participação na realização de tarefas por parte do doente.
11. *Papel de substituta* – há definição de áreas de dependência, independência e interdependência. As formas de estar da enfermeira criam modelações de sentimento no doente que reativam os sentimentos gerados numa relação anterior. Há um trabalho que leva a que a enfermeira faça ver as semelhanças entre a enfermeira e a pessoa que o doente associa. Há depois o trabalho relativo à identificação das diferenças existentes.
12. *Papel de conselheira* – segundo Peplau este papel surge na forma como a enfermeira responde aos doentes. Há a integração da experiência que se está a viver, levando a que a pessoa chegue à fase de resolução.

Peplau descreve as experiências psico-biológicas de frustração, necessidades, conflito e ansiedade como elementos que fornecem energia que pode ser transformada em ações e comportamentos (Tomey, 2004).

A enfermagem é descrita por Peplau como um processo interpessoal, significativo e terapêutico. É uma força de crescimento e maturação onde há a promoção de progresso da personalidade no sentido de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária, contribuindo assim para a saúde. Pretende assim criar em parceria com a pessoa estratégias para a resolução de problemas vividos e sentidos pela pessoa. Esta é encarada como um organismo que vive num ambiente instável. O ambiente é definido como um conjunto de forças que existem no exterior da pessoa e no contexto da cultura (Tomey, 2004).

Através da Teoria de Relações Interpessoais, conseguimos ver um processo essencialmente de cooperação e parceria. Esta relação que se cria entre enfermeiro e doente, assenta num princípio de confiança mútuo em que o doente reconhece no enfermeiro alguém com competência para resolver os seus problemas e o enfermeiro confina nas capacidades do doente para os resolver. Há um crescimento e potenciação de capacidades, potencialidades e alternativas para chegar à fase de resolução. Esta forma de exercer enfermagem que Peplau sugere, leva a que se abandone a perspectiva bioética dos doentes. Deixamos de nos centrar na doença da pessoa para nos centrarmos na pessoa e na forma como ela encara o seu processo de saúde doença. Parece-me importante a forma como todo este processo decorre desde a

orientação até à resolução, onde há um caminho de crescimento da pessoa capacitando-a para resolver os seus problemas numa perspetiva de *empowerment* e *recovery*.

Considero importante na fase de resolução a forma como o doente se liberta da identificação com o enfermeiro, evitando assim a criação de dependência por parte de quem é cuidado. Também considero importante o sentido contrário que é a forma como o enfermeiro deixa o doente “seguir o seu caminho”. Corremos o risco de no processo de cuidado nos deixarmos envolver de tal forma com o doente que começamos a sofrer com ele, em vez de perceber o seu sofrimento de forma empática. Alguém me dizia uma vez: “a empatia é uma viagem ao interior do doente, no entanto deve ter bilhete de ida e de volta”.

2.2.2 - Modelo dos Sistemas de Betty Neuman

A teoria geral dos sistemas diz-nos que todos os elementos de uma organização complexa estão em constante interação. O modelo deriva da teoria de Gestalt. Este descreve a Homeostase como o processo através do qual o organismo satisfaz as suas necessidades.

Existem diferentes necessidades e todas elas podem perturbar a harmonia ou a estabilidade do indivíduo, sendo o processo de adaptação dinâmico e contínuo. Quando a estabilização falha nalgum ponto ou quando o organismo permanece por muito tempo num estado de desarmonia, não satisfaz as suas necessidades e existem condições para que a doença surja. (Tomey, 2004)

O modelo de Neuman centra-se no stress sentido pelo indivíduo e na redução do mesmo. Preocupa-se com os efeitos do stress sobre a saúde do indivíduo. Segundo a autora, o seu modelo proporciona uma visão holística do indivíduo. É um modelo dinâmico e global que trata a constante interação entre o utente e o meio envolvente.

Neuman considera a pessoa como um sistema aberto que interage com o meio envolvente. O indivíduo tem um núcleo de estruturas básicas. Estas integram fatores comuns a todas as pessoas, assim como aqueles que são intrínsecos a cada um. Estes fatores incluem variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais e espirituais. Em volta das estruturas básicas centrais encontram-se os círculos concêntricos que incluem as linhas de resistência e as linhas de defesa.

A linha de defesa normal é um círculo sólido exterior do modelo. Representa um estado de estabilidade para o indivíduo. É preservada ao longo do tempo e funciona como padrão para apreciar os desvios do conforto do indivíduo.

A linha de defesa flexível é designada como o anel quebrado do modelo. É dinâmica e pode ser rapidamente mudada num curto período de tempo. É vista como um «pára-choques» que impede os stressores de atravessarem o normal bem-estar, apresentado na linha de defesa.

A linha de resistência é representada por séries de anéis quebrados que circulam a estrutura nuclear básica. Representam os fatores de recurso que ajudam a pessoa a lutar contra um stressor.

Os stressores são estímulos produtores de tensão que ocorrem dentro das fronteiras do sistema do cliente e podem ser divididos em:

- **Stressores Intrapessoais:** são desencadeados no interior do indivíduo, como as respostas condicionadas.

- **Stressores Interpessoais:** ocorrem entre indivíduos, como as expectativas de função.

- **Stressores extrapessoais:** ocorrem fora do indivíduo, como as circunstâncias financeiras.

Neuman adapta o conceito de níveis de prevenção e relaciona-os com a enfermagem. Estes distinguem-se em:

- **Prevenção primária:** é levada a cabo quando se suspeita ou se identifica um stressor. Ainda não ocorreu uma reação, mas o grau de risco é conhecido.

- **Prevenção secundária:** envolve interações ou tratamentos iniciados após a ocorrência de sistemas de stress. Os recursos internos e externos do doente são usados no sentido de estabilização do sistema para fortalecer as linhas internas de resistência.

- **Prevenção terciária:** ocorre depois do tratamento ativo ou do estágio de prevenção secundária. Centra-se no ajustamento com vista à estabilidade ótima do sistema do indivíduo.

A saúde é assim vista como o bem-estar ou a estabilidade ótima, em que as necessidades do sistema total estão a ser satisfeitas, caso contrário há um reduzido estado de bem-estar. As pessoas encontram-se numa dinâmica quer de bem-estar quer de mal-estar em diferentes graus, em momentos da sua vida. (Tomey, 2004)

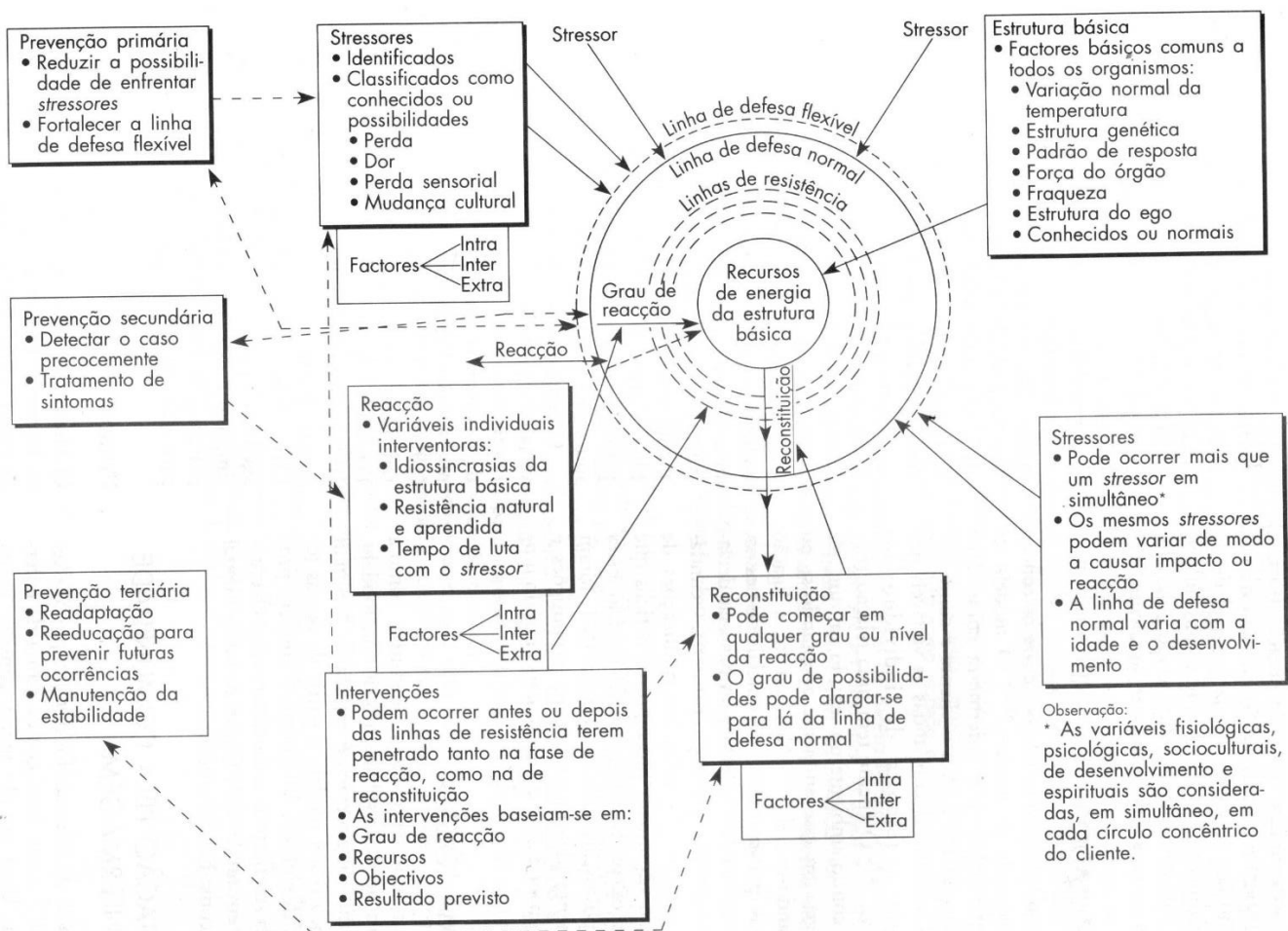


Figura 21- O Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Tomey, 2004)

2.3 – Processo da Relação de Ajuda

A relação de ajuda possui um carácter particular. Não é uma conversa amigável, não é uma exposição brilhante da pessoa que ajuda, também não é uma discussão no sentido de troca de pontos de vista e de objeções entre os interlocutores (Phaneuf, 2002). É evidenciado como a relação de ajuda implica uma intervenção processual em que quem cuida se centra no outro e nas suas necessidades específicas havendo crescimento e adaptação ao meio ou readaptação. Nesta relação é necessário que o enfermeiro tenha como se disse atrás um conjunto de métodos e técnicas e características pessoais com as quais vai desenvolver o processo de relação de ajuda. As técnicas usadas são várias e adaptadas ao contexto e necessidades da pessoa.

Lopes (sd) refere que é nestas técnicas que é incluído o cuidado psicoterapêutico e aponta 4 características deste cuidado:

1 – A relação terapêutica concretiza-se através de cuidados psicoterapêuticos que são uma dimensão dos cuidados de enfermagem. Isto é, a enfermagem pela forma como aborda a pessoa tem em conta toda a sua estrutura havendo assim uma visão holística daqueles a quem prestamos cuidados. Assim o enfermeiro presta cuidados aos três níveis de prevenção (primário, secundário e terciário) de forma a capacitar as pessoas a “melhorar, manter ou recuperar a saúde, lidar com problemas de saúde e alcançar a melhor qualidade de vida possível, seja qual for a sua doença ou deficiência até a morte (Royal College of Nursing, 2003 citado por Lopes, sd). Assim o enfermeiro usa todo o seu saber teórico, pessoal, estético e ético para que de uma forma processual consiga dar respostas às necessidades da pessoa desde a avaliação de necessidades, elaboração de objetivos e resultados esperados, implementação do plano e avaliação. Esta forma de atuar permite criar condições para um cuidado centrado na pessoa, onde se inclui o cuidado psicoterapêutico, numa perspectiva de parceria e co-produção.

2 – A relação psicoterapêutica e conseqüentemente os cuidados psicoterapêuticos são intencionais. A relação terapêutica tem intenção na sua intervenção e é isso que lhe dá esse carácter de terapia. É feito assim num processo de avaliação e readaptação constantes com um objetivo bem definido.

3 – A relação terapêutica é processual. Através das necessidades do doente, da forma de abordagem do enfermeiro, do seu raciocínio clínico a relação terapêutica vai sendo construída gradualmente de forma a atingir um fim, numa relação de confiança em que o doente confia no enfermeiro e o enfermeiro confia nas capacidades do doente não o inferiorizando pela sua

doença mas sim vendo-o também como parceiro e fim dos seus cuidados. Há assim um crescimento numa espiral em que pelo processo que se estabelece se vão atingindo graus de crescimento.

4 – A relação terapêutica é uma resposta terapêutica que ocorre a dois num determinado contexto (privado ou mais alargado). Pretende-se que ocorra no contexto onde a pessoa está que poderá ser em espaço de gabinete, mas também no seu contexto de autocuidado. Ao ser uma resposta que pode ser dada em grupo, fica implícita a questão ética do que é ou não da esfera íntima da pessoa.

Phaneuf (2002) faz a distinção entre relação de ajuda e intervenção ajudante do enfermeiro. No nosso dia-a-dia prestamos cuidados que estão muito próximos dos que se prestam numa relação de ajuda, o que pode gerar por vezes confusão. Dá o seguinte exemplo: fazer comer um doente e proceder à sua higiene não são relações de ajuda, são cuidados, porque estas ações visam principalmente o bem-estar físico do doente. Mas instalá-lo numa posição confortável a fim de que respire melhor e aliviar a sua dor podem tornar-se elementos de uma relação de ajuda se são acompanhados de uma intervenção que visa o seu reconforto afetivo, a satisfação das suas necessidades superiores de evolução pessoal ou a resolução de um problema existencial. Assim a distinção embora por vezes subtil situa-se principalmente no objetivo. Talvez desta confusão tenha começado a surgir a banalização da expressão de Relação de Ajuda como refere Lopes (sd). O que distingue é a intencionalidade terapêutica das ações e objetivos dando assim abrangência e profundidade à relação de ajuda.

Phaneuf (2002) define como preliminares à relação de ajuda:

- **A presença;** a presença inclui não só o estar fisicamente mas também o estar com sinceridade e com todo o ser do enfermeiro como instrumento terapêutico. É algo ativo porque implica entrega por parte do enfermeiro. A forma como se posiciona, como fala, como escuta, como responde, a linguagem não-verbal, etc. tudo isto está implícito na presença. Há disponibilidade para o outro e isso é sentido pelo doente.
- **A vontade de não julgar;** é o escutar e atuar de forma isenta de julgamento tendo o outro como alguém que é significativo para nós. Phaneuf refere que é de grande importância principalmente em patologias estigmatizantes. Várias vezes estamos perante uma pessoa em que o seu discurso vai contra o nosso quadro de valores morais e culturais. Deve haver uma capacidade de conviver com a diferença.

- **A não diretividade, o reconhecimento do valor e autonomia do outro;** relaciona-se principalmente com a confiança nas capacidades do outro como elemento ativo no processo reabilitativo. Deixa o doente expressar as suas ideias e opiniões não caindo no entanto numa orientação da entrevista de “laisser-faire”. Como Phaneuf refere, “a não diretividade não se refere, na realidade senão ao conteúdo das trocas, não incide sobre a maneira como se desenrolam”. Há a aceitação da sua autonomia enquanto pessoa.
- **A centralidade na pessoa;** cada pessoa tem uma forma própria de reagir à doença e como tal a centralidade na pessoa implica que o enfermeiro se centre na forma particular dessa ver a sua doença, da informação que tem sobre ela e das suas estratégias pessoais e potencialidades e ainda expetativas.
- **A escuta;** implica o estar atento à linguagem verbal e não-verbal como forma de entendimento do outro e daquilo que o preocupa. É ver comunicação onde parece não existir comunicação, no silêncio, nos gestos, na postura, na forma como fala, etc. implica disponibilidade para estar com o outro.
- **A consideração positiva;** é um sentimento de respeito e confiança no outro e nas suas potencialidades e expetativas, que ajuda a pessoa a evoluir e reforça a relação de confiança entre enfermeiro e doente, abandonando a visão paternalista que por vezes surge em relação aos doentes.

Lopes (2006) propõe 2 componentes essenciais e distintas mas que se relacionam entre si para explicar a relação entre enfermeiro e doente e que são a natureza da relação e o processo de relação.

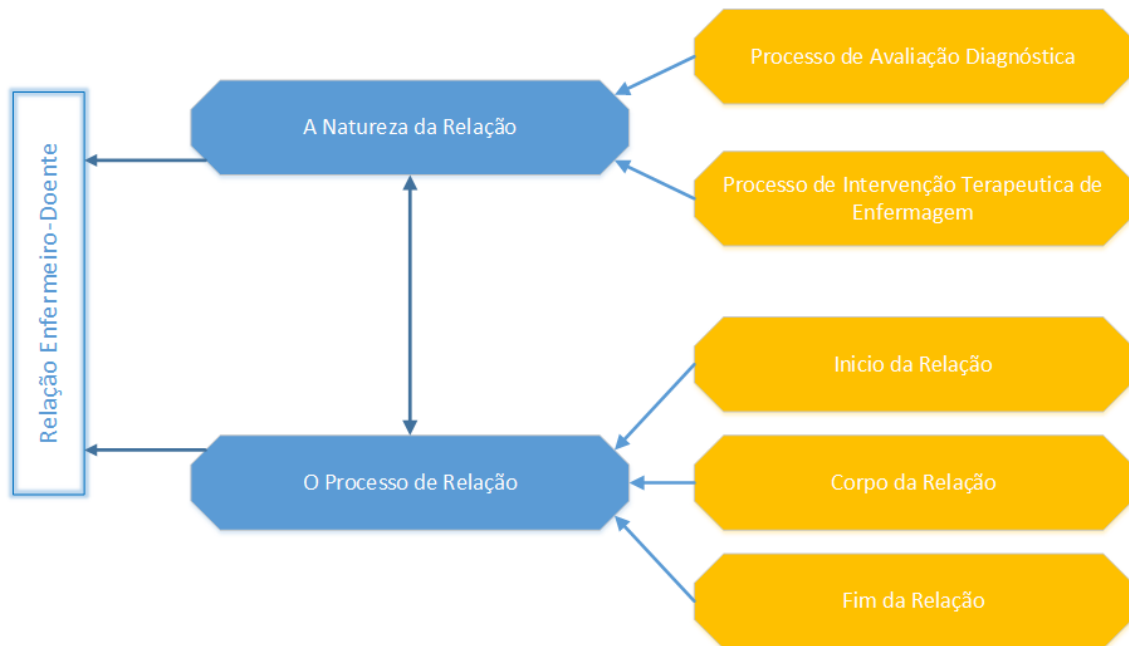


Figura 22 - Componentes fundamentais da teoria de médio alcance relativa à relação enfermeiro - doente, no estudo em causa (Fonte: Lopes, 2006)

A natureza da relação é a componente onde há relato da situação pelo doente e observação por parte do enfermeiro no sentido de haver uma recolha de dados e há também a retribuição por parte do enfermeiro nesta relação, é o que Basto (1998, cit. por Lopes, 2006) refere como componente expressiva da relação. A natureza da relação engloba o processo de avaliação diagnóstica e processo de intervenção terapêutica de enfermagem.

O processo de relação do doente engloba todo o processo de relação enfermeiro doente/família em toda a sua relação com o contexto que os rodeia. Lopes (sd) propõe ainda a seguinte estrutura e processo para a relação terapêutica que inclui os anteriores componentes apresentados.



Figura 23 - Estrutura e processo de relação terapêutica (Fonte: Lopes, sd)

A relação entre enfermeiro doente/família começa muitas vezes antes do contato com estes. Muitas vezes temos informação descrita nos processos do doente, há a informação que é passada em mudança de turno. Esta informação prévia permite preparar o contato com o doente, sendo o momento inicial por excelência aquele que se tem no momento da primeira entrevista (Lopes, 2006). No entanto, Sapeta (2010, citado por Lopes, sd) alerta para o perigo que esta “pré-presença” pode ter no sentido em que poderá condicionar desde logo a visão que o enfermeiro tem do doente à entrada, porque ficamos condicionados à imagem de quem apresenta. Assim concordo com Lopes (2006) quando este refere que o princípio por excelência de contato com o doente é a entrevista inicial. Há assim uma aproximação à pessoa que deve ser clara e onde devemos ter em conta os preliminares à relação enfermeiro doente que Phaneuf (2002) refere. A forma como se inicia a relação é importante porque é a primeira imagem que o doente tem de nós e aquela que nós temos da pessoa, começamos logo aí a estabelecer uma relação de confiança e a forma como os doentes valorizam a nossa postura perante eles.

Entramos assim na fase de avaliação diagnóstica. Esta permite uma recolha mais aprofundada do estado atual do doente. É onde tornamos o doente como “objeto significativo” como refere Pio Abreu (2001);

“Talvez não haja atividade do olhar humano mais treinada do que aquela de adivinhar o outro à primeira vista. No tamanho do corpo, no vestuário, na postura, no olhar, nos movimentos vistos de relance, somos tentados a adivinhar as intenções, os sentimentos, as reações do outro, e a eles conformamos o nosso próprio comportamento no encontro que se aproxima.”

Há para além daquilo que o doente nos relata verbalmente um conjunto de manifestações não-verbais e de paralinguagem que também devemos observar e tornam o doente significativo para nós na apresentação, postura, morfologia, mímica, expressão, motricidade, contato e linguagem.

Nesta fase de avaliação diagnóstica vamos perceber o que o doente sabe sobre a doença, o que o preocupa e quais as suas estratégias e capacidades que possam contribuir para a recuperação ou readaptação. Com esta abordagem centramos a definição de objetivos e toda a abordagem naquilo que é significativo ao doente dando efetividade aos cuidados. Avaliação diagnóstica não para no tempo vai estando sempre presente em todo o processo de relação, só assim conseguimos ir avaliando o desenrolar da relação terapêutica. Segundo Lopes (2006) o processo de avaliação diagnóstica tem duas características: a função de “timoneiro” do processo de avaliação diagnóstica e estar presente e todo o processo de relação terapêutica. Conseguimos assim ter informação relevante sobre a pessoa e a forma como sente a doença. Através da exploração do que o doente sabe conseguimos a sua auto-interpretação sobre a sua doença e as suas fontes de informação. Juntamente com a informação do que preocupa o doente e identificação do seu contexto e potencialidades conseguimos começar a delinear um plano terapêutico.

A primeira entrevista dá o tom aos encontros seguintes e é também importante porque permite conhecer as expectativas da pessoa em relação ao contexto de cuidados, avaliar o que a pessoa refere que precisa e compreender a dificuldade que vive e a forma como esta afeta a sua vida (Phaneuf, 2002).

Lopes (2006) refere que no processo de avaliação diagnóstica surgem 3 perspetivas sobre o problema: a vivencial, a de ajuda e a biomédica. O processo de avaliação diagnóstica surge da junção destas perspetivas. Em determinadas alturas é dada mais ênfase a uma ou a outra, no entanto nunca se deixa de ter a visão das três. Deve haver

assim também uma avaliação psicopatológica da doença. Lopes (sd) refere que esta avaliação diagnóstica deve incluir também características compreensivas como Pio Abreu sugere e que inclui:

- História pessoal
- Apresentação e postura
- Mímica expressão e motricidade
- Contato e linguagem
- Estado de consciência
- Consciência de si
- Consciência do corpo
- Impulsos e vontade
- Humor
- Afetos
- Emoções
- Forma de pensamento
- Conteúdos do pensamento
- Representação e memória e sensoperceção
- Observação física (capacidade funcional, dados fisiológicos, integridade da pele e mucosas, controle de esfíncteres)
- Medicação prescrita.

Daqui surge a visão do enfermeiro que em conjunto com a visão do doente numa perspetiva de ajuda leva à definição ou reformulação do plano de saúde.

Na visão do enfermeiro vai-se ainda avaliar a forma como a doença afeta a pessoa em dimensões como o desempenho de papéis (ex. trabalho, de pai, de mãe), relação com os outros (pares, família, colegas, etc), rede de apoio (família, amigos), no autocuidados (lavar-se, comer, dormir,...). No plano definido há sempre uma perspetiva de monitorização do processo e avaliação de ganhos em saúde, que se consegue através da aplicação de escalas (ex. nurse outcomes classification, escala de depressão, escala de qualidade de vida)

Poderíamos dizer que a avaliação se faz como se de uma espiral se trata-se em que vamos construindo a relação e os diagnósticos baseados no que já sabemos. É esta visão que dá sempre continuidade ao processo de avaliação diagnóstica em todo o processo. Isto implica por parte do enfermeiro uma readaptação constante e uma flexibilidade no decorrer de todo o processo

e durante os sucessivos encontros. Implica que o enfermeiro tenha adaptação à mudança, como referia Phaneuf. Só assim se consegue que o processo de relação enfermeiro-doente não seja estático e fechado e que seja realizado em parceria e co-produção.

Referências

Abreu, J. L. (2011). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva* (5.ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Agostinho, M. (2007). *Ecomapa*. Obtido de Fecam: http://eventos.fecam.org.br/arquivosbd/paginas/1/0.307825001366390062_ecomapa.pdf
- Alarcão, I., & Roldão, M. (2008). *Um contexto de desenvolvimento profissional dos professores*. Edição Pedagogo.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). *Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências*. Obtido de Scielo: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08>
- Amaro, F. (2001). *A Classificação das famílias segundo a escala de Graffar*. Lisboa: Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- Boekaerts, M. (1996). *Coping with stress in childhood and adolescence*. New York: Wiley.
- Caniço, H., Carvalho, A., Rodriguez, E., & Bairrada, P. (2012). *Novos tipos de família - Plano de cuidados*. Coimbra: Imprensa da universidade de Coimbra.
- Carvalho, R. (2008). Aquisição de conhecimentos e progressão do sentido pessoal: estratégias criativas e temas em arte-terapia. Conferência apresentada no IX Congresso Português de Arte-Terapia. Porto.
- Chalifour, J. (2002). *A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Cordeiro, R. A. (2006). *Adolescência... O corpo, a amizade e a intimidade*. Portalegre: IPP.
- Costa, A. B. (2008). *Um olhar sobre a pobreza*. Lisboa: Gradiva Publicações.
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Portugal - Saúde Mental em Números*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Obtido de <https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#>
- Erikson. (1963). *Identity, youth and crisis*. New York: Norton.
- Ferioti, M. d. (2009). *Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo*. Obtido de Vínculo: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902009000200007&lng=pt&nrm=iso
- Irvine; Sidani & Hall. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing economics*, pp. 58-87.

- Johnson, Maas, & Moorhead. (2000). *Classificação dos resultados de enfermagem*. São Paulo : Artmed.
- Lasch, C. (1991). *Refugio num mundo sem coração. A família: santuário ou instituição sitiada*. Rio de Janeiro : Paz e Terra.
- Levinzon, G. K. (2014). *Tornando-se pais: a adoção em todos os seus passos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lopes, M. J. (2006). *A Relação Enfermeiro Doente como Intervenção Terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Lopes, M. J. (sd). De que falamos quando falamos em cuidados psicoterapêuticos? Alguns contributos para a sua conceptualização.
- Lopes, M. (sd). *Cidadania e Participação: de utente-consumidor a cidadão co-responsável*.
- Ordem dos Enfermeiros. (21 de Abril de 1998). *REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Obtido de Ordem dos enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Divulgar. Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistema de informação de Enfermagem (SIE) - Princípios básicos de arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Caderno temático - Sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem (SIECE), individualização das especialidades clínicas em enfermagem, perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boaprat_ica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (Fevereiro de 2011). *Browser CIPE*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Documentos legislativos e regulamentos da OE*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaodaOE.aspx>

O'Tootle, A., & Welt, S. (1996). *Teoria interpersonal en la práctica de la enfermería: trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau*. Barcelona: Masson.

OTTAWA, C. D. (1986). Obtido de CARTA DE OTTAWA: <http://www.dgicd.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96>

Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Pires, A. L. (2002). *Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

Primeram, D. (19 de Nov. de 2015). *Dicionário*. Obtido de Priberam Dicionário: <http://www.priberam.pt/dlpo/harmonia>

Primeram, D. (s.d.). *Dicionário*. Obtido de Priberam Dicionário: <http://www.priberam.pt/dlpo/harmonia>

Rabello, E. T., & Passos, J. S. (SD). *Erikson e a teoria psicossocial do desenvolvimento*. Obtido de Portal BR AT: <http://www.josesilveira.com/artigos/erikson.pdf>

Rebelo, L. (2007). *Genograma familiar. O bisturi do médico de família*. Obtido de Universidade de Lisboa: https://docs.di.fc.ul.pt/bitstream/10451/5655/1/Genograma_Familiar.pdf

Samsone & Schmitt. (2000). Providing tender touch massage to elderly nursing home residents: a demonstration project. *Geriatric Nursing*, pp. 303-308.

- Santos, G. (2009). *Satisfação e qualidade: a visão dos utentes de uma unidade de reabilitação respiratória*. Obtido de Repositório.utad: https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/412/1/msc_gmmsantos.pdf
- Silva, E., Oliveira, V., Neves, G., & Guimarães, T. (2011). O conhecimento do enfermeiro sobre a sistematização da assistência de enfermagem: da teoria à prática. *Revista de Enfermagem USP*.
- Tomey, e. a. (2004). *Teóricas de enfermagem e sua obra*. Lusociência.
- Torres & Guerra. (2003). A construção de um instrumento de avaliação das emoções para a anorexia nervosa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, pp. 97-110.
- Townsend, M. C. (2014). *Enfermagem psiquiátrica - conceitos de cuidados (7ª ed.)*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- UNESCO. (2009). *Education/Literacy*. Obtido em 02 de Novembro de 2014, de unesco: www.unesco.org/en/literacy
- UNICEF. (1990). A convenção sobre os direitos da criança. Obtido de https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Winnicott, D. W. (1988). *Os bebés e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.
- Xavier, F. (1999). *Avaliação da qualidade em serviços de psiquiatria e saúde mental: estudo multidimensional dos cuidados prestados a doentes com esquizofrenia*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Zoboli, E., & Schweitzer, M. (2013). Valores da enfermagem como prática social: uma metassíntese qualitativa. *Rev. Latino-Americana Enfermagem*. Obtido em 21 de Nov. de 2015, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0695.pdf

Anexo I – Fluxograma do processo de atendimento de enfermagem

Fluxograma do Processo de Atendimento de Enfermagem

Input	Fluxograma	Output	Descrição
<p>Informação prévia sobre utente</p>	<pre> graph TD Inicio([Início]) --> Preparação[Preparação] Preparação --> Orientação[Fase de Orientação] Orientação --> Sessao[Sessão conjunta pais criança/adolescente] Sessao --> Exploratoria[Fase exploratória] Exploratoria --> Colheita[Colheita de dados com pais e criança/adolescente] Colheita --> PaisPresentes{Pais ficam presentes?} PaisPresentes -- Sim --> ConsultaPais[Consulta com presença dos pais] PaisPresentes -- Não --> SaidaPais[Saída dos pais] ConsultaPais --> ConsultaCrianca[Consulta com criança/adolescente] SaidaPais --> ConsultaCrianca ConsultaCrianca --> FaseResolutive[Fase resolutive] FaseResolutive --> EntradaPais[Entrada dos pais] EntradaPais --> InformacaoPais[Informação aos pais] InformacaoPais --> Marcacao[Marcação da próxima consulta] Marcacao --> Avaliacao[Avaliação da satisfação] Avaliacao --> Fim([Fim]) </pre>	<p>Expetativas e Potencialidades dos pais/criança/adolescente</p> <p>Folha de Colheita de Dados de Enfermagem</p> <p>Plano de Cuidados de Enfermagem</p> <p>Questionário de Avaliação da Satisfação</p> <p>Folha de Marcação de Consulta</p>	<p>- A Fase de Preparação é onde o enfermeiro adquire informação prévia (sempre que esta exista) sobre a pessoa/grupo ou família e sobre a sua condição. Poderá ser incluída no momento em que há a discussão sobre os técnicos que vão seguir o caso. Há a reflexão sobre o motivo da entrevista, sobre a natureza que deve ter, o seu principal objetivo e os meios de que dispomos. É necessário ter em atenção a flexibilidade da consulta de forma a se adaptar à pessoa.</p> <p>- Na Fase de Orientação há o contacto com a pessoa/família/grupo. Deve haver a apresentação, a informação sobre os papéis, etapas da consulta e a garantia de confidencialidade. São recolhidas expetativas da criança/adolescente e pais ou grupo.</p> <p>- Na Fase Exploratória numa primeira fase ouvem-se os pais/criança e adolescente de forma a em conjunto saber os motivos da consulta que partilham (poderá ouvir-se em separado se assim o desejarem). Faz-se a colheita de dados em Folha de Colheita de Dados de Enfermagem, e avalia-se aspetos relativos ao desenvolvimento (motricidade global, visão e manipulação, audição e linguagem). É importante avaliar o aspeto relacional entre pais e criança/adolescente. Poderá haver a saída dos pais nesta fase e aí a consulta. Devemos ter em conta a idade e desenvolvimento de forma a adequar a forma de colheita de dados e intervenção. Reforçamos a garantia de confidencialidade e (com pais fora) avaliamos novamente com a criança e adolescente os motivos da consulta e aquilo que sabe sobre o seu estado, o que o preocupa e quais as suas potencialidades de forma a incrementá-las. Surge assim a visão da pessoa e também a visão do enfermeiro. Caso os pais tenham saído há a negociação sobre o que informar aos pais.</p> <p>- Na Fase Resolutive surgem os diagnósticos de enfermagem e definição de objetivos e estratégias de intervenção, há o reforço das competências e da auto-estima e auto-confiança assim como orientações antecipatórias. Há o preenchimento ou avaliação do Plano de Cuidados de Enfermagem. Com os pais presentes, há a partilha de informação, o advogar a pessoa, assim como a definição da frequência das consultas. É entregue o Questionário de Avaliação da Satisfação. Há a marcação de consulta em Folha de Marcação de Consulta.</p>

Anexo II – Folha de colheita de dados de enfermagem

Colheita de Dados de Enfermagem

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nome: _____	Data de Nascimento: _____
N.º de Processo: _____	
Nacionalidade: _____	Estado Civil: _____
Escolaridade: _____	Profissão: _____
Escola que Frequenta: _____	Turma: _____
Professor/Diretor de Turma: _____	
N.º Utente: _____	N.º Segurança Social: _____
Morada: _____	
Contato: _____	Email: _____
ADMISSÃO	
Motivo da Consulta: _____ _____	
Acompanhado(a) por: _____	
Fonte da Informação: O próprio(a) <input type="radio"/> Familiares: <input type="radio"/> Outros: <input type="radio"/> Quem? _____	
CONTEXTO FAMILIAR	
Nome da Mãe: _____	Data de Nascimento: _____
Contacto da Mãe: _____	Email: _____
Nome do Pai: _____	Data de Nascimento: _____
Contacto do Pai: _____	Email: _____
Genograma:	

Índice de Graffar (em anexo): _____

REDE DE SUPORTE

Ecomapa:

ANTECEDENTES PESSOAIS

Gestação/Parto:

Gravidez: Não desejada Não planeada Não vigiada Não aceite

Tipo de parto: Eutócico Distócico Cesariana Com complicações

Ausência de amamentação: Neonatal não vigiado: Infecções neonatais:

Vigilância Saúde/Desenvolvimento:

0-24 Meses: _____

2-4 Anos: _____

5-6 Anos: _____

7-10 Anos: _____

11-13 Anos: _____

14-18 Anos: _____

ANTECEDENTES DE SAÚDE

Doenças: _____

Medicação que tomava: _____

Adesão à terapêutica: Sim Não Especificar: _____

Alergias: Sim Não Especificar: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Doenças psiquiátricas: Sim Não Especificar: _____

PERSPETIVA DO DOENTE

O que o doente sabe, pensa e sente

O que preocupa o doente

Estratégias/capacidades do doente

PERSPETIVA DO ENFERMEIRO

Apresentação e postura:

Mímica, expressão e motricidade:

Contacto e linguagem:

Estado de consciência – reflexibilidade, clareza e orientação:

Consciência de si:

Consciência do corpo:

Os impulsos e vontade:

Humor:

Os afetos:

As emoções:

Forma e conteúdo do pensamento:

Representação e memória:

Senso-percepção:

Observação física:

Efeitos dos comportamentos/sintomas:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

ASSINATURA:	DATA:

Escala de Graffar

Nome: _____

Data: _____

Graus	Profissão	Instrução	Origem do Rendimento Familiar	Tipo de Habitação	Local de Residência	Pontuação	Posição Social
1º	<ul style="list-style-type: none"> - Gr. Industriais e Comerciantes; - Gestores de topo do setor público ou privado (>500 empregados); - Professores Universitários (com Doutoramento); - Brigadeiro/General/Marechal; - Profissões liberais de topo; - Altos dirigentes políticos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura; - Mestrado; - Doutoramento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas, de propriedades; - Heranças; - Rendimentos profissionais de elevado nível. 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaços com máximo de conforto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona de residência elegante. 	5 - 9	I Classe Alta
2º	<ul style="list-style-type: none"> - Médios Industriais e Comerciantes; - Dirigentes de médias empresas; - Agricultores/Proprietários; - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do setor público ou privado; - Oficiais das Forças Armadas; - Profissões Liberais; - Professores do Ensino Básico; - Professores do Ensino Secundário; - Professores Universitários (S/ Doutoramento). 	<ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou Curso Superior. 	<ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (>10 vezes o salário mínimo nacional). 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bom local. 	10 - 13	II Classe Média Alta
3º	<ul style="list-style-type: none"> - Pequenos Industriais e Comerciantes; - Quadros médios; chefes de secção; - Emp. Escritório (grau>); - Médios Agricultores; - Sargentos e equiparados. 	<ul style="list-style-type: none"> - 12º ano; - 9 ou mais anos de escolaridade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia. 	14 - 17	III Classe Média
4º	<ul style="list-style-type: none"> - Pequenos Agricultores/Rendeiros; - Emp. Escritório (grau<); - Operários semi-qualificados; - Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizados (grau<). 22-25 	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade >= 4 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Remuneração inferior ao salário mínimo nacional; - Vencimentos incertos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro social/operário. - Zona antiga. 	18 - 21	IV Classe Média Baixa
5º	<ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever; 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios). 	<ul style="list-style-type: none"> - Impróprio (barraca, andar ou outro); 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente. 	22 - 25	V Classe Baixa

- Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores.	- Escolaridade < 4 anos.		- Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade.			
---	--------------------------	--	---	--	--	--

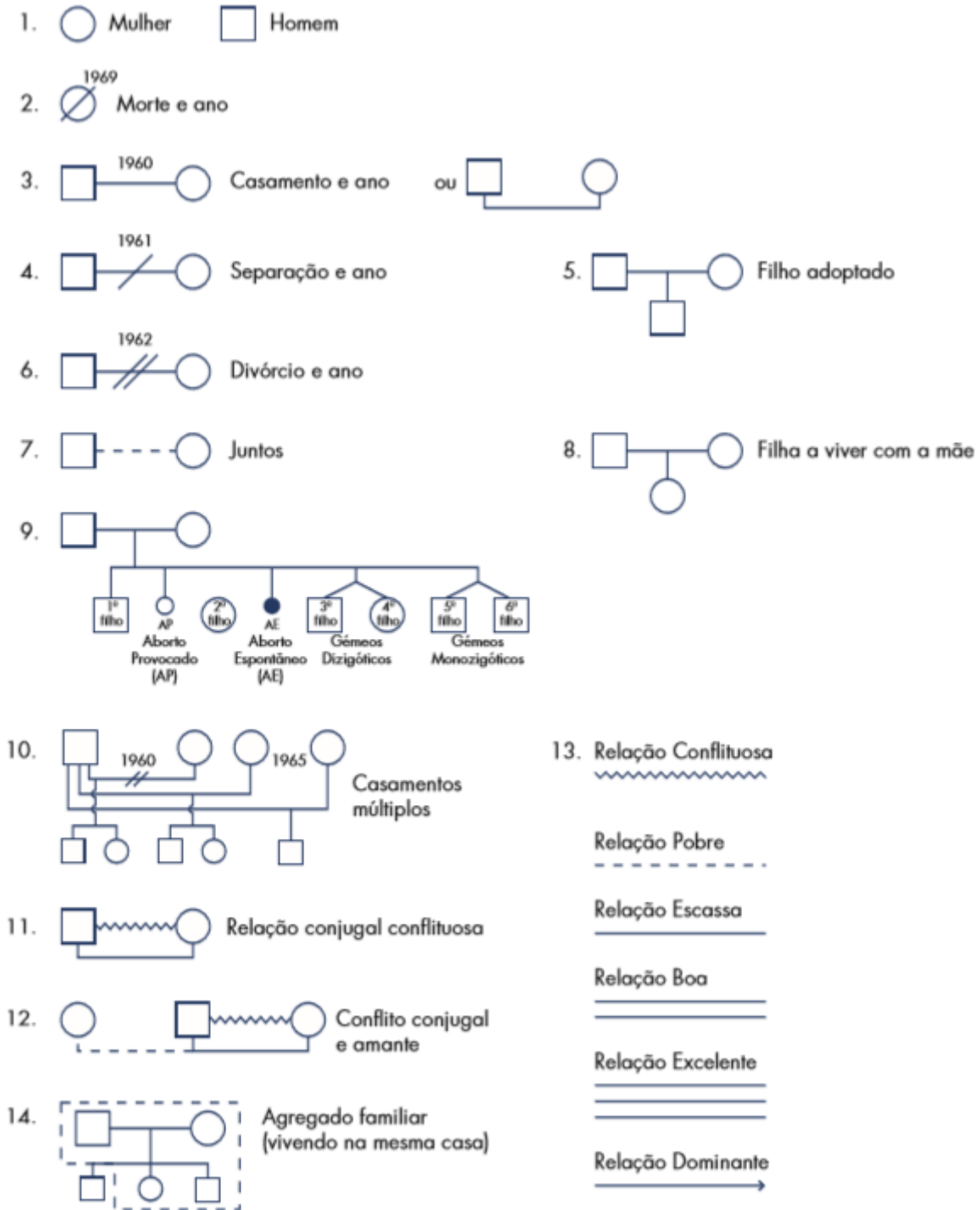
GUIA DE PREENCHIMENTO

O modelo de abordagem deverá ser numa perspetiva compreensiva da pessoa da forma como o seu estado influencia o seu dia-a-dia e a sua relação consigo e com os outros no contexto em que se move. As metodologias de colheita de dados devem ser adaptadas à pessoa em atendimento (técnica narrativa, suplementação de papéis, mediadores de expressão, etc.)

Genograma:

O genograma familiar é uma representação gráfica que mostra o desenho ou mapa da família.

A seguinte imagem mostra os símbolos que poderão ser utilizados assim como as relações:



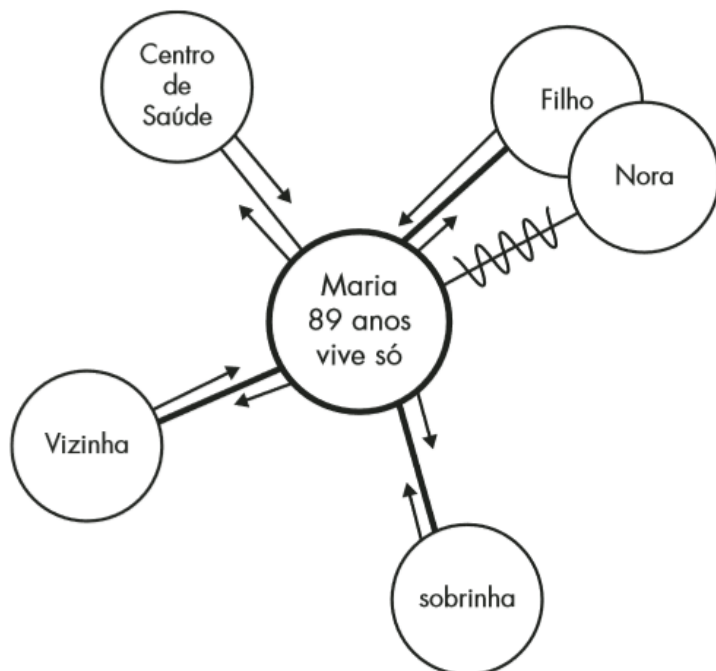
Informação adicional:

- Nome
- Data de Nascimento
- Profissão
- Local de Nascimento
- Problemas de Saúde / drogas /alcool
- Causa de Morte
- Datas de casamento/ separação / mortes e outras
- Escolaridade
- Naturalidade
- Imigração e Principais mudanças de residência
- Etnia e religião
- Problemas com a lei

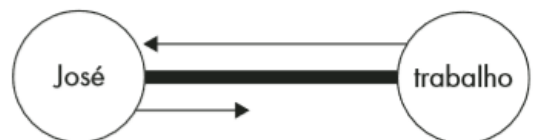
Ecomapa:

É uma representação gráfica das ligações de uma família às pessoas e estruturas sociais do meio em que habita, desenhando o seu “sistema ecológico”.

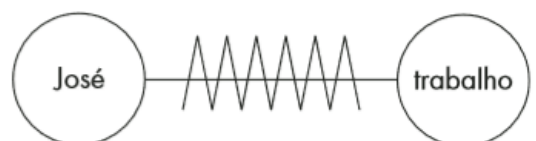
Tal como o genograma também é constituído por símbolos de ligação (Agostinho, 2007). À direita imagem com significado dos símbolos de relação, à esquerda exemplo de ecomapa de relação com pessoas e estrutura social



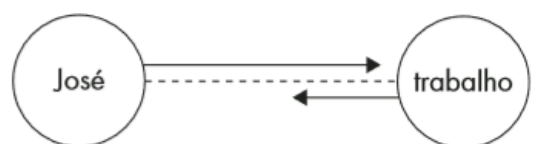
Relação fraca, requiere esforço/energia
Não compensadora
Não stressante



Relação forte
Fornece apoio/energia
Compensadora
Não stressante



Relação fraca
Sem impacto na energia/recursos
Stressante



Relação tênue/incerta
Equilibrada (entre o apoio e o esforço)

Índice de Graffar:

Esta escala baseia-se no estudo de cinco critérios/caraterísticas sociais e possibilita a determinação da posição social da família. Os cinco critérios são profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro onde habita. É preenchido de acordo com o elemento que tem maior rendimento do agregado familiar. O resultado é feito pela soma das pontuações obtidas em cada um dos critérios e que podem ir do 1 ao 5. (Amaro, 2001)

Antecedentes pessoais, de saúde e familiares:

É importante a aferição do histórico da pessoa enquanto tal, assim devemos pesquisar o seu percurso de vida quer em termos saúde, desenvolvimento, relações sociais, escolares registando os aspetos significativos.

Perspetiva do doente:

É nesta fase que centramos a nossa avaliação naquilo que a pessoa espera de nós tornando efetivos os nossos cuidados. Vamos assim de encontro ao que é significativo para a pessoa, á sua condição esperada, numa perspetiva de parceria. Temos ainda a ideia das suas potencialidades e recursos.

Perspetiva do enfermeiro:

Apresentação e postura – deve-se observar o modo do paciente andar, a sua postura, roupas, adornos, maquilhagem, higiene pessoal, sinais ou deformidades físicas, idade aparente.

Mímica, expressão e motricidade – andar de um lado para outro constantemente, rabiscar, balançar os pés ou pernas, cruzar e descruzar frequentemente as pernas, roer as unhas, mexer constantemente no cabelo, lentificação dos movimentos, movimentos estereotipados, maneirismos, ecopraxia.

Contacto e linguagem – atitude amigável, cooperativa, irónica, hostil, defensiva, sedutora ou ambivalente. linguagem pode ser classificada quanto à quantidade (responsivo, loquaz, taciturno, prolixo, volúvel, não espontâneo) , velocidade (rápida, lenta, tensa, hesitante, emotiva, monótona, forte, sussurrada, indistinta) e qualidade de produção (gaguez, tiques vocais, como a ecolália).

Estado de consciência – reflexibilidade, clareza e orientação – deve-se observar se há obnibulação /sonolência, confusão, estupor, coma, hiperalerta. Em relação à orientação avaliar alterações a nível da orientação no tempo, espaço, própria pessoa e em relação aos outros.

Consciência de si – capacidade para perceber e avaliar adequadamente a realidade externa e separá-la dos aspetos do mundo interno ou subjetivo, assim como ter a capacidade de se auto-avaliar.

Consciência do corpo – é importante avaliar a forma como a pessoa se vê a si mesma e o impacto que isso poderá ter nela.

Impulsos e vontade – avaliar presença de comportamentos aditivos, avaliar a interação entre os impulsos e vontade e os conflitos que isso pode gerar na pessoa, obsessões e compulsões, avaliar presença de rituais.

Humor – avaliar presença de tristeza, hipotimia, hipertimia, assim como possível risco de suicídio.

Afetividade – avaliar afetos inapropriados para o contexto, afeto hipomaníaco e maníaco, exaltado ou expansivo, assim como afeto deprimido: tristeza, desesperança, baixa autoestima e sentimentos de culpa, apatia ou afeto embotado.

Emoções – avaliar presença de emoções de alegria, tristeza, medo, raiva, repugnância, ansiedade, angústia, pânico ou presença de fobias.

Forma e conteúdo do pensamento – avaliar a produção (ilógica ou mágica), o curso (lento, acelerado, fuga de ideias, perda de associações, tangencialidade, circunstancialidade, bloqueio, perseveração), e o conteúdo (delírio, ideias supervalorizadas, ideias de referência, pobreza) em relação ainda ao conteúdo avaliar se as ideias supervalorizadas ou delírios são persecutórios, de grandeza, ruína, etc.

Representação e memória – a representação é o que precede a percepção. Em relação à memória avaliar a memória remota, imediata e recente.

Senso-percepção - avaliar presença de ilusões (estímulo sensorial real confundido com outro objeto) ou alucinações (percepção sensorial com a ausência de estímulo externo).

Observação física – Avaliar estado físico.

Efeitos dos comportamentos/sintomas – Avaliar como os comportamentos e sintomas interferem no dia a dia da pessoa e no meio em que se move: atividades de vida diária, trabalho, escola, família, etc.

Diagnósticos de Enfermagem

Fazer o levantamento dos diagnósticos de enfermagem de forma a poder criar objetivos, intervenções e avaliação.

Plano de Cuidados de Enfermagem

Nome: _____

Data	Diagnósticos de Enfermagem	Potencialidades	Expectativas

Data	Intervenções	Resultados Esperados	Calendarização	Intervenientes	Monitorização (TA, PA, NA)	Data Reavaliação

Este instrumento de planeamento visa organizar, operacionalizar e integrar as respostas às necessidades/problemas, a partir das potencialidades e expectativas da criança/adolescente. Permite planear os cuidados de enfermagem promovendo a prevenção, o tratamento, a reabilitação psicossocial, a autonomia e a qualidade de vida respeitando hábitos, preferências, confidencialidade e privacidade. Este plano deve ser realizado em conjunto com a criança/adolescente e com a participação (se assim for desejado) da família.

Descrição

O Plano de Cuidados de Enfermagem torna-se numa oportunidade ao exercício da auto-determinação e autonomia da criança/adolescente. Na elaboração deste plano são definidas, em parceria:

- *Diagnósticos de Enfermagem*– nesta fase devem ser tida em conta a visão da pessoa e a visão do enfermeiro. Resulta da análise dos sistemas biopsicossociais da criança adolescente e seus contextos, tomando como focos de atenção os apresentados no eixo A da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem como por exemplo:

“processo familiar, família disfuncional, relacionamento com pais e irmãos; comportamento interativo, participação, socialização, capacidade para socializar; isolamento social; desempenho escolar; uso de substâncias: álcool, drogas tabaco; comportamentos de risco relativamente a divertir-se; fazer exercício; padrão alimentar e de ingestão de líquidos; abuso sexual, regime dietético; comportamento auto destrutivo; comportamento compulsivo; autoimagem e autoestima; imagem corporal; conhecimento sobre o sistema reprodutor, identidade sexual, relação sexual; comportamento sexual, uso de contraceptivos e gravidez não planeada“ (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

- *Potencialidades* – o levantamento das potencialidades permite descrever os recursos internos e externos existentes na pessoa, o objetivo é mobilizar essas potencialidades de forma a promover o *empowerment*.

- *Expetativas* – devemos fazer o levantamento das expetativas em relação ao acompanhamento e das expetativas pessoais. O plano atingirá assim uma maior efetividade. Colocar sempre nas palavras da pessoa.

- *Resultados Esperados* – Estes são os resultados que esperamos obter com as intervenções de enfermagem.

- *Intervenções* - são as atividades realizadas com a pessoa. Segundo Lopes (2006) as intervenções poderão incluir:
 - ✓ Gerir a medicação;
 - ✓ Promover um autocontrolo efetivo;
 - ✓ Promover a comunicação efetiva de emoções;
 - ✓ Promover coping efetivo;
 - ✓ Planear/executar reestruturação cognitiva;
 - ✓ Planear/executar técnica de modificação de comportamentos;
 - ✓ Planear/executar terapia de grupo;
 - ✓ Planear/executar psicoeducação;
 - ✓ Planear/executar aconselhamento;
 - ✓ Orientar para terapia com grupo de apoio;

- *Monitorização* – os resultados esperados com as intervenções devem ser monitorizados, podendo o resultado ser não atingido (NA), ser parcialmente atingido (PA) ou totalmente atingido (TA). A forma de monitorização dever ser adaptada ao estado de desenvolvimento e idade da pessoa.





Anexo IV – Questionário de avaliação do grau de satisfação em consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO A CONSULTA DE ENFERMAGEM

De forma a melhorar os nossos serviços gostaríamos de contar com a sua colaboração no preenchimento deste questionário. Assim, agradecemos que avaliasse o serviço que prestamos, indicando o seu grau de satisfação. O questionário é anónimo.

Primeira consulta

Consultas sequentes

Instruções de preenchimento: - Para cada uma das afirmações, avalie o seu grau de satisfação, assinalando o respectivo número com um círculo; - Caso não saiba responder a alguma afirmação pode assinalar NS (Não sei) ; - Se a afirmação não se aplicar à sua situação pode assinalar NA (Não se aplica) ; - A resposta a este questionário é anónima e confidencial e será usada única e exclusivamente, para melhorar a qualidade dos serviços que prestamos.	1	2	3	4	NS	NA
	Muito insatisfeito 	Insatisfeito 	Satisfeito 	Muito Satisfeito 	Não Sei	Não se Aplica

Qual o seu grau de satisfação relativamente a:

1. ACESSIBILIDADE						
1.1 Acesso à Área de Atendimento Infantojuvenil	1	2	3	4	NS	NA
1.2 Horário da consulta	1	2	3	4	NS	NA
1.3 Facilidade em contactar telefonicamente (ou outras formas) o serviço	1	2	3	4	NS	NA
2. ESTRUTURA:						
2.1 Conforto (comodidade, temperatura, ambiente, ruído e iluminação) deste serviço	1	2	3	4	NS	NA
2.2 Limpeza das instalações	1	2	3	4	NS	NA
3. ORGANIZAÇÃO DO FUNCIONAMENTO:						
3.1 Rapidez com que a consulta teve início desde a marcação	1	2	3	4	NS	NA
3.2 Forma como os profissionais se identificam (nome, função) ao fazer o atendimento	1	2	3	4	NS	NA
3.3 Pontualidade com que foi atendido	1	2	3	4	NS	NA
4. PARTICIPAÇÃO:						
4.1 Participação no plano proposto	1	2	3	4	NS	NA
4.2 Envolvimento nas decisões	1	2	3	4	NS	NA
4.3 Informação sobre a forma como decorreram as consultas	1	2	3	4	NS	NA
5. QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS:						
5.1 Tempo de atenção prestada	1	2	3	4	NS	NA
5.2 Qualidade dos cuidados recebidos	1	2	3	4	NS	NA
5.3 Informação sobre as estratégias	1	2	3	4	NS	NA
6. PRIVACIDADE:						
6.1 Respeito pela privacidade	1	2	3	4	NS	NA
7. APRECIÇÃO GLOBAL:						
7.1 Apreciação global	1	2	3	4	NS	NA
8. SUGESTÕES E COMENTÁRIOS						
8.1 Indique, por favor sugestões de melhoria deste serviço						

Agradecemos a sua colaboração!

Ano de nascimento: _____

Sexo: Feminino

Masculino

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Anexo V – Parametrização dos Fenómenos de Enfermagem (CIPE® BETA2)

Fenómenos	Status	Intervenções de enfermagem
Aceitação do estado de saúde	Adquirido, em grau moderado Não Adquirido	Gerir a comunicação Apoiar a tomada de decisão Encorajar interacção social Promover envolvimento da família Promover uma comunicação expressiva Incentivar a tomada de decisão com conhecimento Ensinar a pessoa sobre estratégias de coping Ensinar sobre prestação de serviços na comunidade Ensinar sobre serviços de saúde Orientar a pessoa para grupos de suporte Executar Biblioterapia Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar Monitorizar Escala NOC Aceitação: Estado de Saúde (1300)
Adesão ao regime terapêutico	Sim Não	Facilitar aprendizagem ao utente Ensinar sobre o processo de doença Assistir a pessoa a identificar a razão para não aderir ao regime terapêutico Encorajar a tomada de decisão para não aderir ao regime terapêutico Motivar disposição para aprender Promover autorresponsabilização Incentivar adesão ao regime terapêutico Monitorizar comportamento com medicamento Negociar adesão ao regime terapêutico Elogiar a aprendizagem de habilidades Elogiar tomada de decisão Ensinar sobre serviços de saúde Orientar para serviços de saúde Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar Monitorizar escala NOC Comportamento de Aderência (1600)
Agitação	Demonstrada Contínuo Muito frequente Frequente Às vezes Raramente	Adequar o Humor Assistir no controlo da fúria Aplicar técnica para acalmar Vigiar a acção do doente Restringir a actividade motora Gerir medicação em SOS Gerir comunicação Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar
Agressão	Sim	Gerir ambiente físico

		<p>Gerir actividades do doente Vigiar ação do doente Estimular a realização de atividades Encorajar interação social Disponibilizar suporte emocional Promover a modificação de comportamento Promover Medidas de Segurança Isolar o doente Restringir a atividade motora Executar escuta ativa Gerir medicação em SOS Gerir comunicação Assistir na crise Limitar comportamento: Autoagressão Promover: Autorresponsabilização Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar Monitorizar escala NOC Controle da Agressividade (1401)</p>
<p>Alucinação Auditiva Gustativa Olfativa Tátil Visual</p>	<p>Sim</p>	<p>Vigiar alucinação 1)Presente 2)Ausente Gerir a comunicação Gerir o ambiente físico Manter presença Proporcionar ao doente oportunidade de comentar as alucinações Analisar com o doente a validade das alucinações Promover envolvimento da família Instruir doente sobre gestão de alucinação através de procedimento Instruir família sobre gestão da alucinação Gerir medicação em SOS Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar</p>
<p>Ansiedade</p>	<p>Sim, em grau reduzido Sim, em grau moderado Sim, em grau elevado</p>	<p>Gerir a comunicação Gerir o ambiente físico Executar escuta ativa Ajudar a identificar situações stressantes Analisar com o doente mecanismos de resolução Facilitar suporte familiar Encorajar auto controlo: ansiedade Encorajar técnica de distração Promover uma comunicação expressiva Escutar o doente Informar o doente sobre o processo e/ou tratamento da doença</p>

		<p>Gerir medicação em SOS Aplicar técnica para acalmar Monitorizar sinais vitais Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar Monitorizar escala NOC Controle da Ansiedade (1402)</p>
Apetite	<p>Diminuído Aumentado</p>	<p>Aconselhar sobre alimentação saudável Determinar metas mútuas Controlo peso corporal Promover: Autorresponsabilização Promover Melhoria do coping Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar</p>
Audição	Diminuída	<p>Monitorizar audição Orientar para serviços de saúde</p>
Autoconsciência	Alterada	<p>Reestruturação cognitiva Promover comunicação expressiva Gerir medicação Orientar para serviços de saúde Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar</p>
Autoestima	<p>Diminuído em grau moderado Diminuído em grau elevado</p>	<p>Aumentar a socialização Encorajar relação complexa Incentivar o humor Disponibilizar presença Disponibilizar suporte emocional Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar Monitorizar Escala NOC Autoestima (1205)</p>
Automutilação	Sim	<p>Treino de assertividade Reestruturação cognitiva Promover Auto percepção positiva Monitorizar ação do doente Estimular a realização de atividades Encorajar interação social Promover suporte emocional Promover Medidas de Segurança Executar escuta ativa Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar</p>

Bem estar	Diminuído	<p>Executar presença Promover comunicação expressiva Apoio emocional Promover disponibilidade para coping Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar Monitorizar escala NOC Bem-estar (2002)</p>
Bulimia	Demonstrada	<p>Adequar distúrbio alimentar Encorajar relação complexa Controlo peso corporal Promover treino para controlo dos impulsos Reestruturação cognitiva Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar</p>
Comportamento compulsivo	Demonstrado	<p>Determinar limites comportamentais Disponibilizar presença Encorajar relação complexa Promover treino para controle de impulsos Executar terapia recreacional Promover suporte familiar Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar</p>
Comunicação expressiva	Alterado Não Alterado	<p>Gerir a comunicação Gerir o ambiente físico Vigiar processo do pensamento Discurso incoerente <ul style="list-style-type: none"> ○ Discurso pobre ○ Discurso desapegado ○ Discurso circunstancial ○ Discurso lentificado ○ Discurso acelerado ○ Mutismo Executar presença Manter presença Otimizar a comunicação Encorajar interação social Promover escuta ativa Promover Estimulação Sensorial Promover uma comunicação expressiva Escutar o doente Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar Monitorizar Escala NOC Comunicação: Capacidade de expressão (0903)</p>
Concentração	Diminuída	<p>Determinar limites comportamentais Gerir medicação</p>

		<p>Avaliar atitude face ao regime de tratamento Elogiar progressos Orientar para serviços de saúde Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar Monitorizar Escala NOC Concentração (0905)</p>
Confiança	Diminuída	<p>Promover comunicação expressiva Reestruturação cognitiva Elogiar progressos Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar Monitorizar Escala NOC Auto estima (1205)</p>
Consciência	Comprometida	<p>Gerir medicação Avaliar estado de consciência Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar</p>
Coping	Ineficaz	<p>Apoiar tomada de decisão Encorajar relação complexa Otimizar sistema de apoio Social</p> <p>Identificar crenças religiosas Gerir a comunicação Executar escuta ativa Estimular a realização de atividades Encorajar saídas construtivas para a cólera e hostilidade Promover aceitação: estado de saúde Promover envolvimento da família Promover o desenvolvimento de metas realistas a curto e a longo prazo Promover Relações Interpessoais Promover uma comunicação expressiva Ensinar sobre doença Instruir técnica de relaxamento Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar Monitorizar coping com escala Brief Cope - Carver</p>
Desolação	<p>Demonstrado, em grau moderado</p> <p>Demonstrado, em grau elevado</p>	<p>Vigiar o humor Gerir a comunicação Gerir o ambiente físico Manter presença Executar escuta ativa Encorajar técnica de distração Promover suporte emocional Promover a modificação de comportamento Promover Humor Adequado</p>

		<p>Promover Relações Interpessoais</p> <p>Promover uma comunicação expressiva</p> <p>Incentivar a atividade física</p> <p>Facilitar o trabalho relacionado à culpa</p> <p>Promover Auto percepção positiva</p> <p>Monitorizar escala desolação de Beck – Valor numérico</p> <p>Executar Ludoterapia</p> <p>Executar arteterapia</p> <p>Promover suporte familiar</p>
Emoção	Demonstrada em grau reduzido	<p>Adequar humor</p> <p>Determinar limites comportamentais</p> <p>Limitar comportamento:</p> <p>Hiperatividade/desatenção</p> <p>Restaurar auto estima</p> <p>Executar Ludoterapia</p> <p>Executar arteterapia</p> <p>Promover suporte familiar</p> <p>Monitorizar com Escala de Avaliação das Emoções – Ramos et al</p>
Encoprese	Demonstrada	<p>Promover Auto percepção positiva</p> <p>Suprimir Encoprese</p> <p>Executar Ludoterapia</p> <p>Executar arteterapia</p> <p>Promover suporte familiar</p>
Enurese	Demonstrada	<p>Ensinar cuidados na incontinência urinária: enurese</p> <p>Promover Auto percepção positiva</p> <p>Vigiar comportamento com medicamento</p> <p>Executar Ludoterapia</p> <p>Executar arteterapia</p> <p>Promover suporte familiar</p>
Esperança	Diminuída	<p>Promover auto percepção positiva</p> <p>Facilitar trabalho relacionado à culpa</p> <p>Reestruturação cognitiva</p> <p>Executar Ludoterapia</p> <p>Executar arteterapia</p> <p>Promover suporte familiar</p> <p>Monitorizar Escala NOC Esperança (1201)</p>
Estigma	Sim	Ensinar sobre o processo de doença
Exaustão	Sim	<p>Reestruturação cognitiva</p> <p>Motivar para a mudança</p> <p>Promover comunicação expressiva</p>
Hipertensão	Risco de	Monitorizar tensão arterial
Hipertermia	Sim	<p>Administração medicação SOS</p> <p>Encaminhar para serviços de saúde</p>
Ilusão	Demonstrada	<p>Promover comunicação expressiva</p> <p>Reestruturação cognitiva</p> <p>Avaliar percepção</p> <p>Executar Ludoterapia</p>

		Executar arteterapia Promover suporte familiar
Imagem corporal	Distorcida em grau moderado Distorcida em grau elevado	Disponibilizar suporte emocional Incentivar humor Reestruturação cognitiva Promover melhora da imagem corporal Promover envolvimento da família Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar Monitorizar Escala NOC Imagem Corporal (1200)
Insegurança	Sim	Reestruturação cognitiva Promover comunicação expressiva Elogiar progressos Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar
Insónia	Demonstrada	Executar terapia simples de relaxamento Gerir medicação SOS Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar
Interação Social (obrigatório)	Sim Não	Identificar causas de fraca interação social Gerir a comunicação Executar escuta ativa Estimular a realização de atividades Encorajar a comunicação expressiva de emoções Promover relações de grupo Elogiar progressos Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar
Interação Familiar	Não Adequado	Identificar causas de fraca interação familiar Gerir a comunicação Executar escuta ativa Encorajar a comunicação expressiva de emoções Promover relações familiares Elogiar progressos Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar
Inveja	Demonstrada	Reestruturação cognitiva Promover socialização Encorajar comunicação expressiva Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar
Ligação mãe-filho	Diminuída	Avaliar o stress do prestador de cuidados

		<p>Ensinar família sobre doença</p> <p>Orientar para serviços de saúde</p> <p>Jogo terapêutico</p> <p>Promover coping familiar</p> <p>Executar Ludoterapia</p> <p>Executar arteterapia</p> <p>Promover suporte familiar</p>
Luto	Não Eficaz	<p>Executar escuta ativa</p> <p>Executar relação de ajuda</p> <p>Assistir a pessoa no processo de luto</p> <p>Encorajar técnica de distração</p> <p>Promover suporte emocional</p> <p>Promover envolvimento da família</p> <p>Promover uma comunicação expressiva</p> <p>Disponibilizar ajuda espiritual</p> <p>Informar a pessoa sobre o processo de luto</p> <p>Executar Ludoterapia</p> <p>Executar arteterapia</p> <p>Promover suporte familiar</p>
Medo	Demonstrado	<p>Reestruturação cognitiva</p> <p>Promover comunicação expressiva</p> <p>Executar Ludoterapia</p> <p>Executar arteterapia</p> <p>Promover suporte familiar</p>
Menarca	Sim	<p>Avaliar dor</p> <p>Ensinar sobre sexualidade</p> <p>Promover o autocuidado</p> <p>Promover a comunicação expressiva</p> <p>Encaminhar para serviços de saúde</p> <p>Executar biblioterapia</p>
Menstruação		<p>Avaliar dor</p> <p>Ensinar sobre sexualidade</p> <p>Promover o autocuidado</p> <p>Promover a comunicação expressiva</p> <p>Executar biblioterapia</p>
Obecessão	Demonstrada	<p>Disponibilizar suporte emocional</p> <p>Escutar ativamente</p> <p>Oferecer estimulação Cognitiva</p> <p>Facilitar suporte familiar</p> <p>Executar Ludoterapia</p> <p>Executar arteterapia</p> <p>Promover suporte familiar</p>
Obesidade	Sim	<p>Aconselhar sobre atividade física</p> <p>Assistir na redução de peso</p> <p>Determinar metas mútuas</p> <p>Educação para a saúde</p> <p>Controlo peso corporal</p> <p>Promover auto responsabilização</p> <p>Regular a dieta</p>

		Encaminhar para serviços de saúde Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar
Pensamento mágico Ciúme Megalómano Místico Persecutório Referência Ruína	Sim	Gerir o ambiente físico Registar frequência do pensamento mágico Períodos curtos Períodos longos Contínuo Planear técnicas de distração Orientar para a realidade Executar escuta ativa Manter presença Promover envolvimento da família Incentivar atividades de lazer Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar
Percepção	Alterada	Gerir medicação Encaminhar para serviços de saúde Observar alteração da percepção Avaliar percepção Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar
Prevenção da gravidez	Não	Ensino métodos anticoncepcionais Avaliar crenças em saúde Executar Biblioterapia
Solidão	Sim	Avaliar rede de suporte Promover comunicação expressiva Promover estratégias de coping
Sonolência	Sim	Minimizar sonolência por efeito farmacológico Monitorizar sinais vitais Prevenir quedas Providenciar encaminhamento a médico assistente
Tentativa de suicídio	Sim	Gerir o ambiente físico Planear a realização de atividades Executar escuta ativa Estimular a realização de atividades Promover suporte emocional Promover a modificação de comportamento Promover Medidas de Segurança Promover Relações Interpessoais Incentivar a elaboração de um projeto de vida Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar
Tristeza	Demonstrada	Avaliar risco de suicídio Promover comunicação expressiva Aconselhamento familiar

		<p>Reestruturação cognitiva Orientar para serviços de saúde Avaliar depressão Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar Monitorizar escala de Beck</p>
Uso de álcool	Sim	<p>Gerir a comunicação Reforçar crenças de saúde Incentivar a hidratação Vigiar sinais e sintomas de abstinência Promover auto controlo: comportamento abusivo Ensinar sobre desvantagens do uso de álcool Orientar para grupos de suporte Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar</p>
Uso de contraceptivo	Não	<p>Ensino sobre métodos anticoncepcionais Ensino sobre Doenças sexualmente transmissíveis Avaliar crenças em saúde Executar Biblioterapia</p>
Uso de drogas	Sim	<p>Gerir a comunicação Incentivar a hidratação Vigiar sinais e sintomas de abstinência Reforçar crenças de saúde Promover a recuperação do abuso no consumo de drogas Promover auto controlo: comportamento abusivo Promover comportamentos de adesão ao regime medicamentoso Ensinar sobre complicações do consumo de drogas Orientar para grupos de suporte Executar biblioterapia Promover Suporte familiar</p>
Uso do tabaco	Sim	<p>Gerir a comunicação Reforçar crenças de saúde Promover auto controlo: comportamento abusivo Ensinar sobre desvantagens do uso do tabaco Executar biblioterapia</p>
Vergonha	Demonstrada	<p>Reestruturação cognitiva Elogiar progressos Executar Ludoterapia Executar arteterapia Promover suporte familiar</p>
Visão	Comprometida	<p>Avaliar visão Orientar para serviços de saúde</p>

<p>Vontade de viver</p>	<p>Diminuído, em grau moderado</p> <p>Diminuído, em grau elevado</p>	<p>Vigiar a ação do doente</p> <p>Gerir o ambiente físico</p> <p>Planear a realização de atividades</p> <p>Executar escuta ativa</p> <p>Estimular a realização de atividades</p> <p>Promover suporte emocional</p> <p>Promover a modificação de comportamento</p> <p>Promover Medidas de Segurança</p> <p>Promover Relações Interpessoais</p> <p>Incentivar a elaboração de um projeto de vida</p> <p>Executar Ludoterapia</p> <p>Executar arteterapia</p> <p>Promover suporte familiar</p> <p>Monitorizar Escala NOC Vontade de Viver (1206)</p>
-------------------------	--	---

Anexo VI – Metodologias de avaliação

ESCALA				
Escala NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem)				
DESCRIÇÃO				
<p>A NOC tem como objetivo classificar resultados no âmbito da enfermagem, diminuindo a dependência a dados interdisciplinares, criando resultados padronizados de enfermagem, que permite a recolha e comparação de dados sobre as intervenções realizadas em locais e tempos diferentes. Esta avaliação de resultados permite um avaliar da eficácia e eficiência das intervenções realizadas.</p> <p>É constituída por uma escala de 5 pontos em que o 5 é o estado desejável e o 1 é o não desejável.</p> <p>As escalas NOC usadas foram para avaliação de resultados de enfermagem neste contexto foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sono (0004); - Autocuidado: Alimentação (0303); - Arrumar-se (0304); - Banho (0301); - Higiene (0305); - Higiene íntima (0310); - Higiene Oral (0308); - Atividades instrumentais da vida diária (3006); - Concentração (0905); - Comportamento de aderência (1600); - Controle da impulsividade (1405); - Estado Respiratório: troca de gases (0402); <p>O resultado é dado pela média dos itens de cada escala.</p> <p>Segue-se as escalas de medida usadas.</p>				
MEDIDA				
1	2	3	4	5
Extremamente comprometido(a)	Substancialmente comprometido(a)	Moderadamente comprometido(a)	Levemente comprometido(a)	Não Comprometido(a)
Nesta escala de medida inserem-se as escalas: Sono (004) e Estado Respiratório: troca de gases (0402).				
1	2	3	4	5
Dependente, não participa	Necessita de pessoa e mecanismo auxiliar	Necessita de pessoa auxiliar	Independente com mecanismo auxiliar	Completamente independente
Nesta escala de medida inserem-se as escalas: Autocuidado: Alimentação (0303); Arrumar-se (0304); Banho (0301); Higiene (0305); Higiene íntima (0310); Higiene Oral (0308); Atividades instrumentais da vida diária (3006).				
1	2	3	4	5
Nunca demonstrado(a)	Raramente demonstrado(a)	Às vezes demonstrado(a)	Comumente demonstrado(a)	Consistentemente e demonstrado(a)

Nesta escala de medida inserem-se as escalas: - Concentração (0905); Comportamento de aderência (1600); Controle da impulsividade (1405).

De forma a avaliar o grau de concretização dos resultados esperados, foi considerado o valor 5 como 100% atingido e o 1 como 0% atingido. Fica assim enquadrado com outras escalas utilizadas.

ESCALA																	
AUDIT - C																	
DESCRIÇÃO																	
<p>O AUDIT foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um método simples de investigação de uso excessivo de álcool e para ajudar na realização de avaliações breves.</p>																	
MEDIDA																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Pontuação do AUDIT</th> <th>Nível de Risco</th> <th>Intervenção</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 a 7</td> <td>Consumo de Baixo Risco</td> <td>Educação para o Álcool</td> </tr> <tr> <td>8 a 15</td> <td>Uso de Risco</td> <td>Orientação Básica</td> </tr> <tr> <td>16 a 19</td> <td>Uso Nocivo</td> <td>Orientação Básica mais Aconselhamento Breve e Monitoramento Continuado</td> </tr> <tr> <td>20 ou mais</td> <td>Provável Dependência</td> <td>Encaminhamento a um Especialista para Avaliação do Diagnóstico e Tratamento</td> </tr> </tbody> </table> <p>De forma a avaliar o grau de concretização dos resultados esperados, foi considerado o valor 0 como 100% atingido e >=20 como 0% atingido. Neste questionário em relação aos outros a cotação das respostas é invertida.</p>			Pontuação do AUDIT	Nível de Risco	Intervenção	0 a 7	Consumo de Baixo Risco	Educação para o Álcool	8 a 15	Uso de Risco	Orientação Básica	16 a 19	Uso Nocivo	Orientação Básica mais Aconselhamento Breve e Monitoramento Continuado	20 ou mais	Provável Dependência	Encaminhamento a um Especialista para Avaliação do Diagnóstico e Tratamento
Pontuação do AUDIT	Nível de Risco	Intervenção															
0 a 7	Consumo de Baixo Risco	Educação para o Álcool															
8 a 15	Uso de Risco	Orientação Básica															
16 a 19	Uso Nocivo	Orientação Básica mais Aconselhamento Breve e Monitoramento Continuado															
20 ou mais	Provável Dependência	Encaminhamento a um Especialista para Avaliação do Diagnóstico e Tratamento															

Questionário AUDIT

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? [Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.]

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semanas
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

- 0 = uma ou duas
- 1 = três ou quatro
- 2 = cinco ou seis
- 3 = de sete a nove
- 4 = dez ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

0 = nunca

1 = menos de um vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

0 = nunca

1 = menos de um vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

0 = nunca

1 = menos de um vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

0 = não

1 = sim, mas não nos últimos 12 meses

2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

0 = não

1 = sim, mas não nos últimos 12 meses

2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

ESCALA				
Escala Breve de Coping Resiliente (Pais Ribeiro & Morais, 2010)				
DESCRIÇÃO				
<p>A Escala Breve de Coping Resiliente é um instrumento que permite avaliar a resiliência como uma estratégia de coping. Para a adaptação da escala à população e cultura portuguesa, a variável resiliência foi avaliada com base nos quatro itens da escala original. É uma escala composta, apenas, por 4 itens que permitem perceber a capacidade do indivíduo para lidar com o stress de forma adaptativa. A resposta aos itens é dada segundo uma escala ordinal, segundo o formato de Likert, com cinco opções, sendo que ao número cinco corresponde “quase sempre” e ao número um “quase nunca”. Os valores de resposta, que transmitem a capacidade do indivíduo para lidar com o stress de uma forma adaptativa, podem variar entre 4 e 20. Neste instrumento não existem itens cuja cotação se processe pela ordem invertida. Segundo os autores da escala original, Sinclair e Wallston (2003), consideram-se com baixa capacidade de resiliência os sujeitos que obtém uma pontuação inferior a treze e, por outro lado, com resiliência forte os que atingem uma pontuação superior a dezassete.</p> <p>É constituída pelas seguintes questões:</p> <p>A. Procuo formas criativas de superar situações difíceis.</p> <p>B. Independentemente do que me possa acontecer, acredito que posso controlar as minhas reações.</p> <p>C. Acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis.</p> <p>D. Procuo ativamente formas de substituir as perdas que encontro na vida.</p>				
MEDIDA				
1	2	3	4	5
Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	Com muita frequência	Quase sempre
<p>De forma a avaliar o grau de concretização dos resultados esperados, foi considerado o valor 5 como 100% atingido e o 1 como 0% atingido. Fica assim enquadrado com outras escalas utilizadas.</p>				

ESCALA																																																																																			
QAE (Questionário de Avaliação das Emoções (Torres & Guerra, 2003))																																																																																			
DESCRIÇÃO																																																																																			
<p>O Questionário de Avaliação das Emoções (QAE) foi desenvolvido por Torres & Guerra (2003), com base na Teoria Diferencial das Emoções. Neste contexto em particular apenas será aplicada a secção B da parte I do questionário. A secção B visa analisar a frequência com que os participantes sentem no seu dia-a-dia as 10 emoções primárias apresentadas por Izard (1991), de acordo com uma escala tipo Likert de 5 pontos, cujas possibilidades de resposta variam entre nunca e quase sempre (Torres & Guerra, 2003).</p> <p>É constituída pelas seguintes questões:</p>																																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="4">nunca</th> <th>quase sempre</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. Interesse</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>2. Alegria</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>3. Surpresa</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>4. Angústia</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>5. Cólera</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6. Nojo</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>7. Desprezo</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>8. Medo</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>9. Vergonha</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>10. Tristeza</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>11. Culpa</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>							nunca				quase sempre		1	2	3	4	5	1. Interesse	1	2	3	4	5	2. Alegria	1	2	3	4	5	3. Surpresa	1	2	3	4	5	4. Angústia	1	2	3	4	5	5. Cólera	1	2	3	4	5	6. Nojo	1	2	3	4	5	7. Desprezo	1	2	3	4	5	8. Medo	1	2	3	4	5	9. Vergonha	1	2	3	4	5	10. Tristeza	1	2	3	4	5	11. Culpa	1	2	3	4	5
	nunca				quase sempre																																																																														
	1	2	3	4	5																																																																														
1. Interesse	1	2	3	4	5																																																																														
2. Alegria	1	2	3	4	5																																																																														
3. Surpresa	1	2	3	4	5																																																																														
4. Angústia	1	2	3	4	5																																																																														
5. Cólera	1	2	3	4	5																																																																														
6. Nojo	1	2	3	4	5																																																																														
7. Desprezo	1	2	3	4	5																																																																														
8. Medo	1	2	3	4	5																																																																														
9. Vergonha	1	2	3	4	5																																																																														
10. Tristeza	1	2	3	4	5																																																																														
11. Culpa	1	2	3	4	5																																																																														
MEDIDA																																																																																			
1	2	3	4	5																																																																															
Nunca				Quase sempre																																																																															
<p>De forma a avaliar o grau de concretização dos resultados esperados, foi considerado o valor 1 como 100% atingido e o 5 como 0% atingido. Neste questionário em relação aos outros a cotação das respostas é invertida. Pretende-se com a intervenção a gestão das emoções negativas (medo e angústia).</p>																																																																																			

ESCALA
Inventário de depressão de Beck
DESCRIÇÃO
<p>A Escala de Depressão de Beck ou Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory, BDI, BDI-II), criada por Aaron Beck, consiste em um questionário de auto-relato com 21 itens de múltipla escolha. É utilizado para medir a severidade de episódios depressivos.</p> <p>Na sua versão atual, o questionário é desenhado para pacientes acima de 13 anos de idade e é composto de diversos itens relacionados aos sintomas depressivos como desesperança, irritabilidade e cognições como culpa ou sentimentos de estar sendo punido, assim como sintomas físicos como fadiga, perda de peso e diminuição da libido.</p>
MEDIDA
<p>Pontuação:</p> <p>Pontuação de 0 a 13: nenhuma depressão</p> <p>Pontuação de 14 a 19: depressão leve</p> <p>Pontuação de 20 a 28: depressão moderada</p> <p>Pontuação de 29 a 63: depressão grave</p> <p>De forma a avaliar o grau de concretização dos resultados esperados, foi considerado o valor ≤ 13 como 100% atingido. Neste questionário em relação aos outros a cotação das respostas é invertida.</p>

Inventário de Depressão de Beck

Nome: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____
Profissão: _____ Escolaridade: _____ Data de aplicação: _____ Pontuação: _____

Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação selecionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

- | | |
|---|---|
| 1. | 5. |
| 0 Não me sinto triste. | 0 Não me sinto particularmente culpado(a). |
| 1 Sinto-me triste. | 1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo. |
| 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo. | 2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo. |
| 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar. | 3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo. |
| 2 | 6. |
| 0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro. | 0 Não me sinto que esteja a ser punido(a). |
| 1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro. | 1 Sinto que posso ser punido(a). |
| 2 Sinto que não tenho nada a esperar. | 2 Sinto que mereço ser punido(a). |
| 3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar. | 3 Sinto que estou a ser punido(a). |
| 3. | 7. |
| 0 Não me sinto fracassado(a). | 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a). |
| 1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio. | 1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a). |
| 2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos. | 2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a). |
| 3 Sinto que sou um completo fracasso. | 3 Eu odeio-me. |
| 4. | 8. |
| 0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes. | 0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa. |
| 1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter. | 1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros. |
| 2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa. | 2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas. |
| 3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo. | 3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem. |

- 9.
- 0 Não tenho qualquer ideia de me matar.
- 1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.
- 2 Gostaria de me matar.
- 3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.
- 10.
- 0 Não costumo chorar mais do que o habitual.
- 1 Choro mais agora do que costumava fazer.
- 2 Atualmente, choro o tempo todo.
- 3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.
- 11.
- 0 Não me irrita mais do que costumava.
- 1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
- 2 Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).
- 3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.
- 12.
- 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
- 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
- 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
- 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
- 13.
- 0 Tomo decisões como antes.
- 1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.
- 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
- 3 Já não consigo tomar qualquer decisão.
- 14.
- 0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.
- 1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.
- 2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.
- 3 Considero-me feio(a).
- 15.
- 0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.
- 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
- 2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.
- 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
- 16.
- 0 Durmo tão bem como habitualmente.
- 1 Não durmo tão bem como costumava.
- 2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
- 3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
- 17.
- 0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.
- 1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.
- 2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.
- 3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.
- 18.
- 0 O meu apetite é o mesmo de sempre.
- 1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.
- 2 O meu apetite, agora, está muito pior.
- 3 Perdi completamente o apetite.

19.

0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 kg.

2 Perdi mais de 5 kg.

3 Perdi mais de 7,5 kg.

5 Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.

Sim ____

Não ____

20.

0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.

1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.

0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.

2 Sinto-me, atualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.

3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

Anexo VII – Plano e avaliação por utente

Utente / idade	Potencialidades	Expetativas	Necessidades	Resultados esperados	Intervenções	Responsável	Método de avaliação	Avaliação 1	Avaliação 2
#A [11 anos]	<ul style="list-style-type: none"> - Gosta de música [grupo musical D.A.M.A]; - Está a aprender a tocar viola; - Gosta de tecnologia; - Tem atividades de grupo com escuteiros; - Aceita regime terapêutico; 	<p>[utente] – “Gostava de poder dizer aquilo que penso.”</p> <p>[Pai] – “por vezes fechase e não diz nada a ninguém... o rendimento na escola está mais baixo”</p> <p>[Mãe] – [gostava que tivesse um espaço onde falar abertamente ...]</p>	- Comunicação familiar comprometida;	- Comunicação familiar efetiva	<ul style="list-style-type: none"> - Presença; - Avaliar causas de comunicação comprometida; - Otimizar comunicação; - Promover suporte familiar; - Promover uma comunicação expressiva; - Uso de mediador de expressão [escrita – Diário e Pixtoon®]; - Auxiliar em criação de estratégias de comunicação; - Reforço positivo das potencialidades da família. 	Enfermeiro Família Utente	Técnicas de apoio narrativo/mediadores de expressão	A comunicação era tida como ineficaz devido a não haver descrição do que se fazia no dia-a-dia na escola, e esconder aspetos como notas de testes baixas. A utente referia não conseguir dizer o que pensava, por achar que iria ser repreendida.	Com os mediadores de expressão conseguiu-se uma melhoria na forma de comunicar e desenvolvimento de estratégias. Também houve uma maior adequação das expetativas dos pais e a forma como lidam com os aspetos a melhorar da utente.
			- Papel de estudante comprometido;	- Papel de estudante melhorado	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar o paciente a identificar os vários papéis na sua vida; - Avaliar crenças em relação aos papéis; - Dar reforço positivo se adequado; - Auxiliar a avaliar consequências dos atos que tem; - Motivar para o estudo. 	Utente Enfermeiro	Técnicas de apoio narrativo / Avaliações escolares	No início o papel de estudante estava comprometido com avaliações de 2 insuficiente, 2 satisfaz e 1 bom nos testes de escola.	Com a diminuição da ansiedade e medo houve um aumento do rendimento escolar e um aumento do tempo de estudo. Com avaliações nos testes de 3 satisfaz, e 2 bom.
			- Sono comprometido;	- Sono adequado	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar causas de alteração do sono; - Educação sobre fatores que favorecem o sono; - Biblioterapia (https://ciencias.ulisboa.pt/sites/default/files/fcul/institucional/gapsi/5_estrategias.pdf) 	Utente Enfermeiro	Escala NOC – Sono (0004)	No início com uma média de 2,67 (Substancialmente comprometido). Estavam com pontuações mais baixas os itens padrão do sono (2), eficácia do sono (1) e o sono ininterrupto (2).	No final da intervenção em consulta a avaliação do sono melhorou para 4,67 (levemente comprometido). Havendo melhoria dos itens mais afetados.

			- Coping comprometido [divórcio dos pais];	- Coping efetivo	- Presença; - Promover estratégias de coping; - Promover comunicação familiar efetiva; - Apoiar tomada de decisão;	Utente Família Enfermeiro	Escala Breve de Coping Resiliente (Pais Ribeiro & Morais, 2010)	10 – Baixa Resiliência	17 – Resiliência forte
			- Emoção negativa [ansiedade, medo]	- [Gerir emoções negativas]	- Auxiliar a identificar emoções; - Filme Terapia [Divertida mente]; - Suplementação de papéis; - Uso de mediador de expressão [escrita - Diário]; - Auxiliar a desenvolver estratégias de resposta;	Utente Enfermeiro Família	QAE (Questionário de Avaliação das emoções Torres & Guerra 2003)	Angústia – 4 em 5 em que 1 é nunca e 5 é quase sempre Medo – 5 em 5 em que 1 é nunca e 5 é quase sempre	Angústia – 2 em 5 em que 1 é nunca e 5 é quase sempre Medo – 1 em 5 em que 1 é nunca e 5 é quase sempre
<p>Avaliação geral: O que preocupava principalmente esta utente era a exigência que os pais tinham para com ela e o seu medo de errar. Foi mais fácil trabalhar os problemas com o uso de mediadores de expressão. O uso do diário e Pixtoon® (software para fazer histórias de banda desenhada), revelaram-se como uma boa estratégia de comunicação. Também através dos mediadores de expressão foi possível desenvolver estratégias de resposta a situações causadoras de ansiedade e medo. O recurso a filmes (Divertida mente®) foi importante no reconhecimento das emoções e o impacto que elas podem ter no nosso comportamento. Poderia ter havido um maior número de sessões com os pais (houve 3 sessões),prenderam-se essencialmente na adequação das expetativas com o desempenho da utente (principalmente escolar) a última sessão foi de reforço das potencialidades dos pais enquanto pessoas que educam. Foi interessante a forma como os pais desenvolveram a estratégia a que chamámos “quarto escuro”: quando algum estava em modo “parvo”, iam para o quarto apagavam as luzes e assim podiam falar mais abertamente o que pensavam (diminuindo o medo e ansiedade da utente), começaram depois a conseguir falar olhando diretamente o outro. No final das sessões foi difícil a conclusão da relação, na medida em que havia o receio por parte da utente não conseguir sozinha desenvolver estratégias de comunicação no entanto foi valorizado o trabalho que ela e os pais fizeram e que servia de aprendizagem levando a uma melhoria na sua relação e diminuição da ansiedade e medo em contar o seu dia-a-dia.</p>									
#B (15 anos)	- Boa capacidade de comunicação; - Tem sentido crítico sobre o que a rodeia; - Volição presente para melhorar desempenho;	[Mãe] – “o que me preocupa é no dia em que eu faltar ... como ela vai ficar... depende de mim para muita coisa ...	Papel de mãe alterado	Melhorar desempenho papel de mãe	- Auxiliar mãe a identificar os seus papéis; - Avaliar crenças em relação aos papéis; - Promover comunicação expressiva; - Monitorizar receios em relação a filha; - Dar reforço positivo se adequado;	Mãe Utente Enfermeiro	Técnicas de apoio narrativo	Pelo discurso da mãe notava-se uma postura superprotetora para com a utente que era percebida por esta como “asfixiante”. Esta atitude	A mãe melhorou o seu papel na medida em que foi identificado fatores de superproteção e atividades de vida que a utente poderia desenvolver

	- Frequenta hipoterapia; - Gosta de jogos de computador	sei que sou muito protetora... mas ela tem algumas limitações ... necessita de ajuda para escovar o cabelo, não prepara o pequeno-almoço, não consegue ir às compras, atar os ténis” [utente] – “a minha mãe preocupa-se demasiado comigo... quero aprender a fazer tudo mas ela preocupa-se demais”						tinha reflexo na forma como a utente desempenhava as atividades de vida.	sozinha, tendo capacidade para elas.
			Autocuidado diminuído	Melhorar autocuidado	- Avaliar AVD's e AIVD's; - Monitorizar capacidade da utente para o autocuidado; - Negociar com mãe e utente a execução das atividades; - Ensinar mãe a encorajar a independência, a interferir apenas quando a utente não conseguir fazer algo; - Estabelecer uma rotina de atividades de autocuidado; - Terapia com animais [gato].	Utente Mãe Enfermeiro	Escala NOC – Autocuidado (0303); Arrumar-se (0304); Banho (0301); Higiene (0305); Higiene íntima (0310); Higiene Oral (0308); atividades instrumentais da vida diária(3006)	Média das escalas 3,20 (necessita de pessoa auxiliar), escala de 1 a 5.	Média das escalas 4 (Independente com mecanismo auxiliar), escala de 1 a 5.
Avaliação geral: o principal problema sentido pela utente era a superproteção que tinha da mãe, e que era sentida como impedimento para a realização das suas atividades de vida, e que se refletia na avaliação destas, tendo a utente capacidade para as realizar. Foi importante a forma como a mãe refletiu sobre o seu papel na educação da filha, e conseguiu “abrir mão” da forma como substituiu a filha em determinadas atividades do dia-a-dia. Os maiores ganhos foram no banho, alimentação, higiene oral e vestir-se. Um aspeto importante em todo este processo foi a compra de um gato (combinado em consulta), do qual a utente começou também a cuidar, aumentando a confiança que a mãe tinha nela, e transferindo cuidados básicos (planeamento, execução e avaliação).									
#C (9 anos)	- Apoio Familiar - Apoio de equipa multidisciplinar [cardiologia, ORL, pediatria, endocrinologia, ensino especial, terapia da fala]	[mãe] – “gostaria que a minha filha tivesse apoio no que diz respeito à motricidade fina...”	Alteração da motricidade fina	Melhorar motricidade fina	- Orientação para outros serviços.	Enfermeiro		Perante a preocupação da mãe, e devido à utente já estar a ser seguida por outras especialidades, foi encaminhada para o serviço de Terapia Ocupacional.	Começou a ter consulta de Terapia ocupacional no Hospital de Portalegre (1 sessão semanal)

Avaliação geral: esta utente tem trissomia 21 diagnosticado, com apoio da família e equipa multidisciplinar. Perante a principal preocupação da mãe foi encaminhada para serviço de Terapia Ocupacional.

#D (6 anos)	<ul style="list-style-type: none"> - Gosta de jogos; - Apoio na escola; - Família de apoio; - Aceita o tempo de intervenção; - elevada literacia da mãe. 	<p>[mãe] – “... gostaria que ele fosse mais sossegado”, “tenho receio de ele ir para a 1ª classe e não adquirir conhecimentos”;</p> <p>[utente] “gosto de jogar jogos, e de jogar computador”</p>	Alteração do comportamento [concentração]	Melhorar concentração	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar limites comportamentais - Gerir medicação - Avaliar atitude face ao regime de tratamento - Elogiar progressos - Orientar para serviços de saúde - Executar Ludoterapia - Promover suporte familiar 	Utente1 Enfermeiro	Escala NOC – Concentração (0905)	No início com uma média de 2,83 (Raramente demonstrado).	No final da intervenção em consulta com uma média de 3,33 (às vezes demonstrado)
			Papel de mãe alterado	Papel de mãe melhorado	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar mãe a identificar os seus papéis; - Avaliar crenças em relação aos papéis; - Promover comunicação expressiva; - Monitorizar receios em relação a filho; - Dar reforço positivo se adequado; - Biblioterapia (http://www.paisefilhos.pt/index.php/familia/educacao/2772-aprender-sem-pressoes) 	Mãe Enfermeiro			

,Avaliação geral: O principal motivo porque a mãe veio com o utente a consulta foi o seu comportamento; a desenvolver comportamentos de oposição, e com dificuldade na concentração. Na relação de mãe/filho era evidente um grau de exigência muito elevado criando uma grande distância entre o que são as expectativas da mãe e o que é esperado para uma criança da idade do utente. As sessões (3) com utente decorreram no sentido de conhecer esta relação do seu ponto de vista através da ludoterapia (metodologia em que aderiu melhor), durante as sessões o utente foi revelando a forma como se sente pressionado a ter um bom desempenho. Houve intervenção com a mãe no sentido de adequar as suas expectativas em relação ao filho, através de biblioterapia com uso de um artigo de Elsa Pascoa (2010) – Aprender sem pressões. Revelou-se útil na medida em que suscitou na mãe a reflexão sobre este tema, relacionado com o seu comportamento. Houve encaminhamento do utente para a Equipa de Intervenção precoce no sentido de haver um apoio continuado quer a nível individual quer a nível de família.

#E [11 anos]	<p>- Gosta de jogo; - Boa capacidade de transferência dos sentimentos e pensamentos para papel e teatro; - Gosta de música; - Aceita e participa ativamente consulta de enfermagem; - Mãe presente.</p>	<p>[mãe] – “tem diminuído o rendimento escolar... tenho queixas da professora de que ela não toma atenção às aulas, ela não toma a medicação”</p> <p>[utente] – em entrevista, através da escrita fez uma música relacionada com mãe em que escrevia: “E hoje a cantar; Não posso esquecer; No teu olhar não vejo o viver; O que foi dia; Já posso esquecer; E voltar a viver.”</p> <p>Em relação ao irmão escrevia: “Não me toca;</p>	<p>Processo familiar comprometido</p>	<p>Processo familiar efetivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a comunicação expressiva da utente sobre a família; - Estabelecer relação de confiança com membros da família; - Monitorizar as atuais relações da família; - Identificar os mecanismos típicos de enfrentamento familiar; - Ajudar a família a manter relações positivas; - Identificar outros stressores situacionais para a família; - Encaminhar para Terapia Familiar. 	<p>Enfermeiro Utente Família</p>	<p>Mediador de expressão – escrita</p>	<p>O processo familiar era sentido pela utente como desestruturando , tendo especial preocupação pela mãe referindo “no teu olhar não vejo o viver”, preocupava-a o facto de não ter a atenção do irmão.</p>	<p>Conseguiu no final arranjar estratégias de comunicação com o irmão respeitando também o seu espaço. A sua preocupação suscitou intervenção na mãe. No final referia o ambiente familiar como “está melhor pena o [padrasto] continuar a beber, é mesmo tonto, não consegue ver que assim nos perde”</p>
		<p>Processo familiar disfuncional com abuso de álcool [padrasto]</p>	<p>Processo familiar efetivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do impacto na família; - Biblioterapia (http://saudementaladulto.wix.com/saudementaladulto#!alcoolismo/c60z) - Analisar com utente o risco pessoal para os problemas ligados ao consumo de álcool; - Analisar com utente a responsabilidade pessoal da decisão de reduzir/parar de beber; - Encontrar o tempo apropriado para a mudança; - Orientação para outros serviços. 	<p>Enfermeiro Padrasto</p>	<p>Questionário AUDIT</p>		<p>AUDIT = 19 (Nocivo)</p>	<p>AUDIT = 18 (Nocivo) Houve orientação para o centro de atendimento a toxicodependentes, no entanto houve sempre recusa em comparecer nas consultas, para além de ter ido para outra região do país, que impedia de comparecer na consulta de</p>

		Não quero saber de chamadas; O telemóvel se estragou;							enfermagem de saúde mental.
		Então agora não me toca; O telemóvel está carregado; O telemóvel está estragado; E agora já não faço o show.”	Adesão ao regime medicamentoso comprometido [utente] [metilfenidato]	Adesão ao regime medicamentoso melhorado	- Avaliar comportamento de aderência; - Ensinar sobre o processo da doença; - Motivar disposição para aprender; - Monitorizar comportamento com medicamento; - Promover suporte familiar.	Utente Mãe Enfermeiro	Escala NOC – Comportamento de aderência (1600)	No início com uma média de 2 (Raramente demonstrado).	No final da intervenção em consulta com uma média de 4,5 (Comumente demonstrado).
			Papel de estudante comprometido [utente]	Papel de estudante melhorado	- Auxiliar o paciente a identificar os vários papéis na sua vida; - Avaliar crenças em relação aos papéis; - Dar reforço positivo se adequado; - Auxiliar a avaliar consequências dos atos que tem; - Motivar para o estudo.	Utente Enfermeiro Professora	Avaliação do comportamento em sala de aula	No início a professora referia-se à utente como sendo uma criança desatenta, não se conseguindo concentrar em sala de aula	No 2º período de escola houve referência à melhoria de desempenho da utente na escola.
			Papel profissional comprometido [mãe]	Papel profissional melhorado	- Avaliar as causas desta alteração de papel; - Avaliar crenças em relação ao trabalho; - Motivar para a procura de emprego.	Mãe Enfermeiro	Técnicas de apoio narrativo	No início das consultas a mãe sem volição para trabalhar.	Com intervenção houve uma melhoria na motivação para procurar trabalho. Obteve novo emprego como empregada de bar.
			Depressão [mãe]	Depressão melhorada	- Avaliar a depressão - Promover a esperança - Providenciar apoio emocional - Reforçar a identidade pessoal - Promover a esperança - Apoiar o estado psicológico - Orientação para outros serviços.	Mãe Enfermeiro	Inventário de Depressão de BECK	Inventário de BECK = 22 (depressão moderada)	Inventário de BECK = 4 (nenhuma depressão), Mantém o sentimento de que fracassou mais do que uma pessoa comum; crítica em relação às suas fraquezas e erros; continua a ficar aborrecida ou irritada mais do que costumava; e menos interessada

										pelas outras pessoas.
<p>Avaliação geral: havia neste caso uma clara diferença do que era o problema sentido pela mãe o que era o problema sentido pela filha. A mãe por um lado referia o baixo rendimento relatado pela professora na escola, a filha via um ambiente familiar comprometido, sentindo principalmente as alterações de humor da mãe. Este caso foi um desafio na medida em que implicou em paralelo com a utente uma intervenção com a família. Um aspeto menos atingido foi a motivação do padrasto em relação ao tratamento do problema de alcoolismo (tendo sido referenciado para outro serviço), estava numa fase ainda de contemplação. A mãe relatava sentir uma pressão por parte da sogra para mudar o companheiro, sentindo-se também em parte culpada pela não mudança dele. A intervenção com a mãe neste sentido foi o refletir sobre a motivação para a mudança. Com o padrasto foi uma intervenção breve e o encaminhamento para outro serviço de saúde. Foi difícil a intervenção com padrasto pela sua pouca frequência às consultas. Detetou-se uma fase mais depressiva moderada na mãe, com ideias de suicídio mas referindo que não o faria (pelo inventário de depressão de BECK). A mãe já tinha sido seguida em psiquiatria pelo mesmo problema, houve novo encaminhamento. Houve também a motivação para recomeçar a tomar a medicação que fazia anteriormente (amitriptilina). A par desta desestruturação familiar havia a questão da falta de emprego da mãe. No decorrer das consultas notou-se uma melhoria do estado da mãe, conseguindo também obter em prego como empregada de balcão, dando maior estabilidade económica a esta família. Também a utente recusava medicação, segundo ela a razão era o mau gosto. Desenvolveu a estratégia de tomar a medicação bebendo água com açúcar. No início do 2º período havia referência da professora em relação à melhoria de rendimento e comportamento da utente. A sua relação com o irmão melhorou quando esta percebeu o espaço de cada um e a forma como o deviam respeitar. Na mãe houve melhoria do estado de humor e a forma como se avaliava perante a condição do companheiro. Ficaram referenciados para continuação do acompanhamento em terapia familiar, a utente mantém também consultas de pedopsiquiatria.</p>										
#F (11 anos)	<ul style="list-style-type: none"> - Integrada em ensino especial; - Acompanhamento em consulta de pedopsiquiatria e pneumologia no hospital Dna. Estefânia; - Tem equitação; - Família presente. 	<p>[mãe] – “gostaria de mudar de casa... a casa que temos é muito húmida, para os problemas respiratórios da [utente] é mau para ela” “em relação à [utente] ela por vezes desata a bater em todos, as pessoas não sabem como lidar com ela...”</p> <p>[utente] “mas tu [mãe] estás sempre ocupada e não me ouves, eu quero falar contigo e tu estás a trabalhar... a culpa é dos meus professores deixam fazer tudo aos</p>	Adesão ao regime terapêutico comprometido	Adesão ao regime terapêutico melhorado	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar barreiras à adesão ao regime terapêutico; - Promover confiança; - Ludoterapia. 	Utente Enfermeiro Mãe		No início a utente recusava as consultas, não entrando na sala de consulta. Houve um trabalho inicial de estabelecimento de confiança com desenvolvimento de jogos em sala de espera. Havia a preferência pelo jogo de matraquilhos.	À 3ª sessão houve aceitação de entrada em sala de consulta que permitiu explorar fatores que exigiam maior confidencialidade e senti maior confiança na relação.	
			Alteração do comportamento [agressividade]	Comportamento melhorado	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar limites comportamentais - Gerir medicação - Avaliar atitude face ao regime de tratamento - Elogiar progressos - Orientar para serviços de saúde - Executar Ludoterapia - Promover suporte familiar - Reunião escola [professor] sobre comportamento agressivo - Encaminhar para outros serviços [psicóloga da escola] 	Utente Mãe Enfermeiro	Escala NOC – Controle da impulsividade (1405)	No início com uma média de 2,42 (Raramente demonstrado).	No final da intervenção em consulta com uma média de 3,42 (às vezes demonstrado)	
			Papel de estudante comprometido	Papel de estudante melhorado	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar o paciente a identificar os vários papéis na sua vida; - Avaliar crenças em relação aos papéis; - Dar reforço positivo se adequado; - Auxiliar a avaliar consequências dos atos que tem; - Motivar para o estudo. 	Utente Família Enfermeiro Professor	Técnicas de apoio narrativo	Havia referência a mau comportamento em sala de aula considerado pelo professor se se comportava adequadamente	Uma melhoria do controle do impulso refletiu-se no papel de estudante em termos de comportamento em sala de aula, permitiu que a	

		outros e a mim não...]						em 25% das situações	tente refletisse um maior número de vezes nas consequências dos seus atos. O professor considerou que a utente se comportava adequadamente em 50% das situações	
			Respiração comprometida [apneia do sono]	Respiração melhorada	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento da família em relação a ventilador externo; - Motivar para a adesão ao regime terapêutico; - Monitorizar a eficácia da ventilação mecânica sobre o estado fisiológico e psicológico da utente; - Garantir que o plano de manutenção do ventilador é feito [por empresa externa]. 	Utente Mãe Enfermeiro	Empresa externa de manutenção	Escala NOC – Estado Respiratório: troca de gases (0402)	No início com uma média de 3,57 (Moderadamente comprometido).	No final da intervenção em consulta com uma média de 4,29 (Levemente comprometido)
			Excesso de peso	Diminuição de peso	<ul style="list-style-type: none"> - Aconselhar sobre atividade física; - Assistir na redução de peso; - Determinar metas mútuas; - Educação para a saúde; - Controlo de peso corporal; - Promover auto responsabilização; - Regular dieta; - Encaminhar para serviços de saúde; - Promover suporte familiar. 	Utente Família Enfermeiro		Índice de massa corporal	<p>IMC=25,63 Kg/m² (Obesidade)</p> <p>Peso – 64kg Altura – 1,58m</p>	<p>IMC=22,83 Kg/m² (Sobrepeso)</p> <p>Peso – 57kg Altura – 1,58m</p> <p>O objetivo era diminuir para 50kg para IMC=20,02 (Adequado).</p> <p>De 14 kg que teria que diminuir diminuiu 7</p>
			Processo familiar comprometido [comunicação]	Processo familiar efetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a comunicação expressiva da utente sobre a família; - Estabelecer relação de confiança com membros da família; - Monitorizar as atuais relações da família; - Identificar os mecanismos típicos de enfrentamento familiar; - Ajudar a família a manter relações positivas; - Ludoterapia; - Identificar outros stressores situacionais para a família. 	Utente Mãe Enfermeiro		Técnicas de apoio narrativo	No início a comunicação diminuída era percebida pela utente como a mãe não ter tempo para falar com ela.	Em consulta desenvolveu-se a estratégia do jogo (Pictionary) como elemento de comunicação que foi fortalecendo a comunicação e em que havia já discussão de

									temas que a utente ia falando durante o jogo. Esta estratégia foi levada para casa para a família realizar. A utente referia que tinha gostado e agora conseguia falar com a mãe principalmente.
			Tristeza	Tristeza melhorada	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar risco de suicídio; - Promover comunicação expressiva; - Aconselhamento familiar; - Reestruturação cognitiva; - Promover suporte familiar; - Gerir medicação. 	Utente Mãe Enfermeiro	Mediador de expressão / técnicas de apoio narrativo	A utente no início referia tristeza em texto escrito, principalmente devido à forma como era tratada na escola pelos colegas e devido a não ter visitado túmulo dos avós	Houve referência a melhoria por parte da utente, já tinha visitado túmulo dos avós e tinha-se sentido triste na altura," mas agora sinto-me melhor". Em relação aos colegas houve melhoria na forma como entendia o que os outros diziam e como o desvalorizava acreditando mais em si.
<p>Avaliação geral: O caso desta utente começou por ser um desafio logo de início devido à não aderência às consultas, referia que não queria estar na sala de consulta pelo que as primeiras duas sessões foram realizadas na sala de espera, com o uso do jogo de matraquilhos (sua preferência), na terceira sessão houve a confiança suficiente para entrar em sala de consulta, o que permitiu a exploração de conteúdos em que era necessária uma maior privacidade. Neste caso foi por demais evidente a necessidade de confiança que é necessário haver entre enfermeiro e utente. O principal problema manifestado pela utente era a falta de comunicação que havia com a mãe e a forma como era tratada na escola pelos colegas. A ludoterapia recorrendo ao jogo Pictionary revelou-se de grande utilidade pela forma como potenciou a comunicação mãe/filha, ainda mais quando o começaram a fazer para além do contexto de consulta em casa com a restante família. Em relação à escola foi trabalhada a forma como a utente percebia os comentários dos colegas, mantendo a sua segurança. O papel do professor foi importante na gestão das relações da utente em contexto escolar de forma a garantir a integridade da utente e na obtenção de informação que conseguisse servir de suporte à consulta. Houve ganhos em relação à gestão do impulso, relacionados com esta gestão das relações interpessoais. Houve uma melhoria em relação ao peso havendo diminuição de peso pela motivação que foi criada na utente. Em relação à tristeza a utente ainda estava a viver o processo de luto com a morte dos avós, que ficou resolvido com a sua visita ao local onde estavam sepultados e ao ser dada a oportunidade de expressar como tinha vivido a morte destes. Devido à necessidade de continuação no acompanhamento foi contactada psicóloga da escola que começou a acompanhar a utente semanalmente.</p>									

#G (8 anos)	<ul style="list-style-type: none"> - Boa capacidade de comunicação verbal. - Gosta de jogos de computador (PES – Futebol). - Família bem estruturada. - Aceita intervenção. - Bom raciocínio lógico. 	<p>[utente] - “... por vezes a relação com o meu irmão é complicada, chateia-se quando eu lhe peço emprestado alguma coisa”</p> <p>[utente] - “não gosto de jogar à bola porque os outros nunca me passam a bola e escolhem-me sempre no final... têm inveja das minhas notas, que são melhores que as deles...fico com raiva deles, só me apetece dar socos”</p>	Processo familiar comprometido [irmão]	Processo familiar efetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a comunicação expressiva da utente sobre irmão; - Estabelecer relação de confiança; - Monitorizar as atuais relações da família; - Identificar os mecanismos típicos de enfrentamento familiar; - Ajudar a família a manter relações positivas; - Identificar outros stressores situacionais para a família. 	Enfermeiro Utente	Técnicas de apoio narrativo	A relação com irmão (10 anos) era sentida como “complicada”, porque quando o utente lhe pedia “emprestado” algo o irmão chateava-se. Viemos a discutir que o “pedir emprestado era na realidade tirar sem autorização.	Nas sessões trabalhámos a questão do espaço que era necessário cada um ter, e quais seriam os mecanismos de resposta para pedir emprestado. No final referia, “se lhe pedir ele até me dá o que quero”.
			- Emoção negativa [Raiva]	- [Gerir emoções negativas]	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar a identificar emoções; - Filme Terapia [Divertida mente]; - Suplementação de papéis; - Ludoterapia; - Uso de mediadores de expressão (música); - Auxiliar a desenvolver estratégias de resposta; 	Utente Enfermeiro			
<p>Avaliação geral: os principais problemas sentidos pelo utente eram a sua relação com o irmão e a sua relação com os colegas e a forma como ele sentia a rejeição. O utente era uma criança com um nível de exigência para com ele próprio e esperava isso dos outros. O trabalho realizado foi no sentido de reconhecer as limitações nos outros e também nele próprio e a forma como a exigência dele perante o que o rodeava tinha influência nas suas relações com os outros. Revelou-se de grande utilidade a ludoterapia (jogos com bolas ao alvo) onde quando perdia ou ganhava discutíamos os comportamentos a ter. A música revelou-se no utente como uma forma de expressão de eleição, criando nele a vontade de tocar um instrumento (viola). Na consulta final, onde esteve presente a mãe, fui informado que o utente já tinha entrado na escola de música de forma a iniciar a sua formação musical.</p>									
#H (11 anos)	<p>[utente] - “gostava de ter mais vezes o meu pai comigo”</p> <p>[utente] - “por vezes não consigo aturar os outros gaiatos na escola, e depois têm que as</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aceita intervenção; - Gosta de filmes 	- Coping comprometido [divórcio dos pais];	- Coping efetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Presença; - Promover comunicação expressiva; - Promover estratégias de coping; - Promover comunicação familiar efetiva; - Apoiar tomada de decisão; 	Utente Mãe Pai Enfermeiro	Escala Breve de Coping Resiliente (Pais Ribeiro & Morais, 2010)	11 – Baixa Resiliência	16 – Resiliência moderada

levar na tromba” [mãe] – “recebo constantemente e queixas da escola, sobre o comportamento do [utente]”	- Alteração do comportamento [agressividade]	- Comportamento melhorado	- Determinar limites comportamentais - Gerir medicação (risperidona gotas 0.5 mg) - Avaliar atitude face ao regime de tratamento - Elogiar progressos - Executar suplementação de papéis; - Promover suporte familiar; - Reunião escola [professor] sobre comportamento agressivo.	Utente Mãe Enfermeiro	Escala NOC – Controle da impulsividade (1405)	No início com uma média de 2,42 (Raramente demonstrado).	No final da intervenção em consulta com uma média de 4,17 (muitas vezes demonstrado)
	- Adesão ao regime medicamentoso comprometido [utente] [Risperidona]	- Adesão ao regime medicamentoso melhorado	- Avaliar comportamento de aderência; - Ensinar sobre o processo da doença; - Motivar disposição para aprender; - Monitorizar comportamento com medicamento; - Promover suporte familiar.	Utente Mãe Enfermeiro	Escala NOC – Comportamento de aderência (1600)	No início com uma média de 1,86 (Raramente demonstrado).	No final da intervenção em consulta com uma média de 4,14 (Comumente demonstrado).
	- Papel de estudante comprometido	- Papel de estudante melhorado	- Auxiliar o paciente a identificar os vários papéis na sua vida; - Avaliar crenças em relação aos papéis; - Dar reforço positivo se adequado; - Auxiliar a avaliar consequências dos atos que tem; - Motivar para o estudo.	Utente Família Enfermeiro Professor	Técnicas de apoio narrativo	No início o utente não realizava os trabalhos de casa.	Com consulta começou a apresentar trabalhos de casa feitos.
	- Emoção negativa [Raiva]	- [Gerir emoções negativas]	- Auxiliar a identificar emoções; - Filme Terapia [Divertida mente]; - Suplementação de papéis; - Auxiliar a desenvolver estratégias de resposta;	Utente Enfermeiro	QAE (Questionário de Avaliação das emoções Torres & Guerra 2003)	Raiva – 3 em 5 em que 1 é nunca e 5 é quase sempre	Raiva – 2 em 5 em que 1 é nunca e 5 é quase sempre

Avaliação geral: A principal preocupação manifestada pela mãe eram as queixas que recebia da escola devido ao comportamento do utente. As principais expectativas manifestadas pelo utente eram relacionadas com a separação da mãe e do pai, e a forma como ele gostaria de passar mais tempo com o pai. Havia aqui uma relação que estava quebrada, não havendo vontade do pai para estabelecer esta relação. O trabalho feito neste sentido e depois de falar com o pai foi a adaptação/aceitação do utente a uma nova situação. O utente toma medicação (risperidona) à qual não aderiu, quando explorado ficou claro que era devido às mudanças constantes entre a casa da mãe e da avó. Havendo motivação para a tomar, houve a responsabilização do utente por levar sempre a medicação consigo, houve assim uma maior aderência ao regime medicamentoso. Um dos problemas levantados foi a presença de emoção negativa (raiva) que tinha influência na sua relação pessoal com os outros, levando constantemente a situações de conflito na escola com situações de agressão a outros colegas. Houve uma melhoria na aceitação dos outros e na forma como se relacionava com eles e como respondia a situações que lhe causavam raiva. Aqui foi importante a terapia pelos filmes (divertidamente) no reconhecimento das emoções e depois através da suplementação de papéis houve o treino de resposta a situações de risco. Em reunião intermédia com professora houve o relato de melhoria de comportamento na escola. Um aspeto forte do utente era o gosto por histórias, foi importante a análise de uma história que trazia como trabalho de casa, “O príncipe feliz – Oscar Wild”, o utente refletiu com esta história a beleza de nos preocuparmos com os outros e a forma como por vezes não somos vistos pelo que realmente somos mas sim pela aparência.

# (14 anos)	[mãe] – “já fui chamada à escola várias vezes por causa do comportamento dele, tem piorado deste último ano, quando deixou de tomar a medicação [metilfenidato]” “não gostaria que ele deixasse a escola para vir à consulta porque pode-lhe acontecer alguma coisa no caminho” [Utente] – não referia expectativas, encolhia os ombros quando questionado sobre elas.	- Gosta de desenhar; - Tem currículo adaptado na escola;	- Comunicação comprometida	- Comunicação efetiva	- Presença; - Avaliar causas de comunicação comprometida; - Otimizar comunicação; - Promover uma comunicação expressiva; - Uso de mediador de expressão [Cartoon - Pixtoon®]; - Auxiliar em criação de estratégias de comunicação;	Enfermeiro Utente	Mediadores de expressão / técnicas de apoio narrativo	No início o utente quando se centrava a consulta nele deixava de responder e encolhia os ombros	Com um discurso sobre si mais demonstrado, dizendo os seus gostos e preferências.			
			- Alteração do comportamento [agressividade]	- Comportamento melhorado	- Determinar limites comportamentais; - Gerir medicação (metilfenidato); - Avaliar atitude face ao regime de tratamento; - Elogiar progressos; - Executar suplementação de papéis; - Promover suporte familiar; - Reunião escola [professor] sobre comportamento agressivo.	Utente Mãe Enfermeiro Professor				Escala NOC – Controle da impulsividade (1405)	No início com uma média de 1,92 (nunca demonstrado).	No final da intervenção em consulta com uma média de 4,25 (muitas vezes demonstrado)
			- Adesão ao regime medicamentoso comprometido [utente] [metilfenidato]	- Adesão ao regime medicamentoso melhorado	- Avaliar comportamento de aderência; - Ensinar sobre o processo da doença; - Motivar disposição para aprender; - Monitorizar comportamento com medicamento; - Promover suporte familiar.	Utente Mãe Enfermeiro				Escala NOC – Comportamento de aderência (1600)	No início com uma média de 1,50 (Nunca demonstrado).	No final da intervenção em consulta com uma média de 2,21 (raramente demonstrado).

Avaliação geral: Este utente foi um desafio no que diz respeito ao conhecer as suas expectativas e a forma como percebia o que o rodeava. Cada vez que se centrava o discurso nele acabava por se retrair. Só a 3 sessões do final consegui que me falasse sobre o que gostava (música e desenho). Consegui me descrever uma situação de descontrolo do impulso em casa em que atirou telemóvel ao chão. Leva-me a pensar em várias razões para este resultado, entre as quais o tempo mais que seria necessário acompanhamento. Cada utente tem o seu ritmo e a sua forma de se posicionar perante a relação que se estabelece. Levou-me também a questionar a minha capacidade de estabelecer estratégias de relação neste caso, deveria ter havido também uma maior intervenção com a mãe. Houve alguns ganhos neste utente principalmente o reconhecimento de situações que levavam ao descontrolo do impulso, associado a tomar a medicação algumas vezes. A mãe referiu assim ligeira melhoria no comportamento. Este caso implicou a minha deslocação à escola de forma a poder fazer o atendimento neste contexto, devido à preocupação da mãe em que o utente saísse da escola. Este foi um fator importante para mim na medida em que permitiu descentralizar a consulta.

Anexo VIII – Cartaz de divulgação de resultados da consulta de enfermagem de saúde mental infantil e juvenil à comunidade

8 á tarde...

... vamos olhar para os mais pequenos

Comissão Organizadora:

Isabel Telo

Joana Nobre

Pedro Amaro

Dia 8 de Março

14.30 horas

Sala de Conferências

Hospital Dr. José Maria Grande



Gabinete imagem e Marketing - ULSNA EPE | FEV 2016

Intervenção em Saúde Mental Infantil / Saúde Escolar

OBJETIVOS

- Apresentar a Consulta de Enfermagem em Saúde Mental Infantil/Juvenil (desenvolvimento, processo e parametrização)
- Dar a conhecer a Intervenção de Enfermagem em contexto escolar
- Debater a Interligação entre Estruturas de Intervenção em Saúde infantil/juvenil

