



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL  
E PSIQUIATRIA**

Relatório de Estágio

***“ALTERAÇÕES DO COMPORTAMENTO EM ADOLESCENTES  
- UMA ABORDAGEM EM ENFERMAGEM”***

**Sandra Cristina Correia Pereira**

Orientador

Professor Doutor Manuel José Lopes

Este Relatório de Estágio inclui as críticas  
e sugestões feitas pelo júri

2012

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL  
E PSIQUIATRIA**

Relatório de Estágio

***“ALTERAÇÕES DO COMPORTAMENTO EM ADOLESCENTES  
- UMA ABORDAGEM EM ENFERMAGEM”***

**Sandra Cristina Correia Pereira**

Orientador

Professor Doutor Manuel José Lopes

Este Relatório de Estágio inclui as críticas  
e sugestões feitas pelo júri

2012

## RESUMO

### *“Alterações do Comportamento em Adolescentes - Uma Abordagem em Enfermagem”*

Com este trabalho pretende-se realçar que os adolescentes passam por determinadas fases ou estádios da sua vida, em que se deparam com determinadas dificuldades ou até mesmo, incapacidades para levar a cabo a realização de determinadas necessidades; e que por isso mesmo, estes momentos podem vir a representar a oportunidade de crescimento da personalidade, mas ao mesmo tempo, o perigo de crescente vulnerabilidade ao distúrbio mental.

Este relatório, expressa a preocupação com a problemática, analisa reflexivamente e descreve o trabalho desenvolvido na área da saúde mental e psiquiátrica por um enfermeiro, na Clínica da Juventude ao longo de seis meses, através da implementação do que se preconiza ser um Processo de Cuidados em Enfermagem (i.e., avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação final), no acompanhamento de adolescentes com alterações do comportamento.

O instrumento usado para avaliação diagnóstica foi a entrevista semiestrutura e semidireccionada, o planeamento e as intervenções variaram de acordo com a individualidade de cada adolescente e as suas necessidades particulares.

Os resultados de uma forma geral demonstraram que o acompanhamento dos jovens com alterações do comportamento deve iniciar-se o mais precocemente possível, deve incidir na identificação das principais dificuldades ou necessidades e não nos diagnósticos médicos. O adolescente, deve também, ser abordado o mais holísticamente possível e nos diferentes setores onde se mobiliza.

Conclui-se que a intencionalidade terapêutica deve recair no acompanhamento do adolescente, no sentido, de o tornar mais autónomo, capaz de assumir responsabilidades, tomar decisões, que cresça e se transforme num adulto autoconfiante e realizado

**Palavras-Chave:** Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Adolescentes, Alterações do Comportamento, Intervenções de enfermagem, Avaliação Diagnóstica em Enfermagem.

## **ABSTRACT**

### *"Behavior Changes in Adolescents - A Nursing Approach"*

This work aims to emphasize that teenagers go through certain phases or stages of its life, when faced with certain difficulties and even disabilities to carry out the execution of particular needs, and that therefore, these moments may come to represent the opportunity for growth of personality, but at the same time, the danger of increasing vulnerability to mental disorder.

This report expresses concern with the issue, reflective analysis and describes the work in the area of mental health and psychiatric care by a nurse in the Youth Clinic for six months, by implementing what it calls a procedure to be Care Nursing (ie, assessment, diagnosis, planning, intervention and final assessment), monitoring of adolescents with behavioral changes.

The results generally showed that the monitoring of young people with behavioral changes should be initiated as early as possible, should focus on identifying the main difficulties or needs and not on medical diagnostics. The teen should also be approached holistically as possible and in different sectors where it is mobilized.

We conclude that the intention must lie in therapeutic monitoring of the adolescent, in order, making it more autonomous, able to take responsibility, make decisions, to grow and become an adult self-confident and accomplished

**Keywords:** Mental Health Nursing and Psychiatry, Adolescents, Behavior Changes, nursing interventions, Diagnostic Evaluation in Nursing.

*“Nenhuma idade é tão sensível aos melhores e mais sábios esforços dos Adultos. Não há um único solo que as sementes, tanto as boas como as más, atinjam raízes tão profundas, cresçam de forma tão viçosa ou produzam frutos com tanta rapidez e regularidade”*

(Hall, 1904:17, in Silva, 2004)

*As nossas percepções de nós próprios são frequentemente incertas, sujeitas a inúmeras dúvidas. Dependemos largamente dos outros para determinar quem somos. A nossa atitude face a um interlocutor resulta de um conjunto de representações como, a que fazemos de nós próprios, a que fazemos dos outros, a que pensamos que os outros fazem de nós e aquela que fazemos das situações que vivemos.*

(Phaneuf, 2005)

*“Perante seja o que for, devemos adotar uma atitude crítica, a da pessoa que questiona, que dúvida, que investiga, que quer iluminar a vida que vivemos”.*

(Alarcão, 2001)

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de expressar o meu profundo agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para que este relatório fosse possível, em particular:

À minha família. Especialmente ao Pedro que me aquece o coração todos os dias, por toda a compreensão, amor, carinho, reforço positivo e apoio, nutrientes indispensáveis à minha estabilidade emocional e sem os quais este processo, se tornaria sem dúvida mais difícil.

Aos amigos. A todos os que direta ou indiretamente me disponibilizaram o seu apoio e abdicaram da minha presença e dedicação ao longo deste período. Especialmente à Filipa Carvalho, por todos os momentos de catarse, suporte emocional e reforço positivo que me disponibilizou em tantas horas ao telefone. À Carla Custódio pelo seu apoio, incentivo e pela forma como encara a vida, que de alguma maneira me ajudou a descontrair nos momentos de maior tensão.

Ao Professor Manuel Lopes, pela sua excelente forma de orientar, pela sua tranquilidade, paciência, tolerância, por toda a sabedoria e disponibilidade, que me concedeu, pois sem tais requisitos seria certamente, muito mais difícil chegar a esta fase.

À Enfermeira Fernanda Pedro, por tudo o que me ensinou, pela forma como supervisionou o meu ensino clínico, e especialmente pelos momentos de crescimento pessoal que me proporcionou.

Para evitar esquecer-me, de alguém que tenha tido um papel importante no meu percurso e de quem eu insensivelmente não tomei consciência, presto aqui a todos, os meus mais humildes e mais sinceros agradecimentos.

## ÍNDICE

<b>0 - INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO.....</b>	<b>4</b>
<i>1.1 - CLÍNICA DA JUVENTUDE .....</i>	<i>4</i>
<i>1.1.1 – CONSULTA EXTERNA .....</i>	<i>6</i>
<i>1.1.2. HOSPITAL DE DIA .....</i>	<i>7</i>
<b>2 - CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>10</b>
<i>2.1- BREVES NOÇÕES SOBRE A ADOLESCÊNCIA .....</i>	<i>10</i>
<i>2.2 – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E         PSIQUIATRIA .....</i>	<i>13</i>
<i>2.3 - ALTERAÇÕES DO COMPORTAMENTO NA ADOLESCÊNCIA.....</i>	<i>16</i>
<b>3 – CONTEXTUALIZAÇÃO METODOLÓGICA.....</b>	<b>20</b>
<i>3.1 – ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO .....</i>	<i>21</i>
<i>3.2 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM .....</i>	<i>33</i>
<i>3.3 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....</i>	<i>35</i>
<b>4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>38</b>
<i>4.1. – ANÁLISE E AVALIAÇÃO DAS ENTREVISTAS DESENVOLVIDAS NA CONSULTA         EXTERNA .....</i>	<i>38</i>
<i>4.2. – ANÁLISE E AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO HOSPITAL DE DIA         .....</i>	<i>45</i>
<b>5 – ANÁLISE E AVALIAÇÃO CLÍNICA FINAL DAS INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS.....</b>	<b>57</b>
<b>6 – ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>61</b>
<b>7 - CONCLUSÃO .....</b>	<b>67</b>
<b>8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXOS: DISPONÍVEIS EM SUPORTE INFORMÁTICO (CD - NO FINAL DO TRABALHO)</b>	

*Índice de Figuras*

**Figura I - ..... 45**

*Índice de Tabelas*

**Tabela I – Descrição dos resultados da Dinâmica “E tu, que animal és?” ..... 53**

## 0 - INTRODUÇÃO

Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível REPE<sup>1</sup> (1998).

Como afirma, Watson (2002), o ser humano sempre necessitou de cuidados, foi a partir dessa necessidade de cuidados, que a prática de cuidados tomou a sua real importância.

Quem desenvolve a sua teoria aliada à prática, como é o caso dos enfermeiros, necessita da teoria como quem necessita de um mapa para se orientar num local desconhecido, contudo a realidade com que se irá deparar exige igualmente o desenvolvimento de competências para lidar com as dificuldades e as surpresas que estão subjacentes (Lopes, 2006). Trata-se do entendimento do que diz Lopes (2010), a teoria sem a perspectiva de resolução na prática é estéril, mas a prática sem a teoria é cega.

Para haver aprendizagem tem de existir potencial intelectual, oportunidade e motivação. Se a pessoa se limita a aprender a fazer, apenas melhora o desempenho a nível operacional, daí, que se fale em desenvolvimento de competências.

A Ordem dos Enfermeiros, descreveu o perfil de competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista, referindo, nomeadamente, que o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria:

*“detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional; assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental; (...) a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto; presta cuidados no âmbito psicoterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o*

---

<sup>1</sup> REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

*contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter; melhorar e recuperar a saúde” (Ordem dos Enfermeiros; 2009:22)*

No contexto da formação especializada em enfermagem, o ensino clínico é essencial uma vez que constitui o lugar e o tempo onde se olham as práticas como contexto e recurso para a construção da profissão, para o desenvolvimento de competências.

Este ensino clínico, surge na sequência de um projeto elaborado ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, que decorreu na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora da Universidade de Évora, no ano letivo 2010/2011.

No referido projeto aspirava-se, identificar e nomear processos de avaliação diagnóstica, planeamento, execução de intervenções terapêuticas e avaliação de enfermagem ao Adolescente com Perturbação da Personalidade Borderline em contexto de internamento em Hospital de Dia.

Contudo, no terreno constatou-se que não seria possível concretizar os objetivos propostos, nomeadamente, atendimento de adolescentes com diagnóstico de perturbação da personalidade borderline ou qualquer outro diagnóstico médico. Na realidade da Clínica da Juventude, a maioria dos adolescentes não reúnem as condições para um diagnóstico médico, em parte, por não apresentarem provas evidentes de psicopatologia, mas sim sofrimento emocional ou psicológico e diversas alterações do comportamento.

Assim e em articulação com a supervisora clínica e o supervisor pedagógico, decidimos alterar o foco e a abordagem de Enfermagem foi dirigida aos adolescentes com alterações do comportamento e à sua família. O termo alterações do comportamento é intencional e não é usado em substituição de perturbação do comportamento, uma vez que esta última tem subjacente psicopatologia conforme descrito nalgumas classificações taxonómicas de Psiquiatria, nomeadamente o DSM (Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais). Em capítulos subsequentes serão descritas, aprofundadas e fundamentadas as referidas alterações do comportamento.

O ensino clínico realizou-se, no período de 21 fevereiro a 8 julho de 2011 na Clínica da Juventude do Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital D. Estefânia, localizada no Parque de Saúde de Lisboa, e a supervisão clínica ficou a cargo da Sra. Enfermeira Fernanda Pedro, especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a exercer no referido serviço.

Concluído o percurso prático, nasce este relatório, baseado na análise da prática clínica de enfermagem no âmbito da prestação de cuidados em saúde mental e psiquiatria, e surge como instrumento formativo e de avaliação do ensino clínico, que, embora integrada numa estrutura multidisciplinar, tinha autonomia na avaliação diagnóstica e de intervenção em Enfermagem.

De salientar que não se trata de um trabalho de investigação, mas sim um relatório onde se pretende descrever um percurso em que se empreendeu, compreender e identificar de que forma as alterações do comportamento na adolescência, condicionam ou limitam a vida destes adolescentes e posteriormente elaborar um plano de intervenções capaz de dar respostas e atuar com os adolescentes na sua procura de restituição da saúde.

Assim como objetivos deste exercício evidenciam-se:

- Relatar o processo de intervenção aos adolescentes e seus cuidadores, com realce para as diversas fases do processo de cuidados (i.e., avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação final);
- Relatar criticamente o processo de desenvolvimento de competências especializadas da estudante

Este processo, permitiu ainda, desenvolver a capacidade crítica de reflexão na ação e sobre a ação, desenvolvendo um processo de autoconhecimento.

É composto por um capítulo inicial em que se contextualiza o ensino clínico; segue-se uma breve fundamentação teórica, onde são abordados alguns conceitos que consideramos importantes, tendo em linha de conta o que pretendemos desenvolver. Nos capítulos subsequentes descrevemos os aspetos metodológicos decorrentes do ensino clínico, apresentamos os resultados das intervenções realizadas, e no final dedicaremos um capítulo à análise reflexiva do processo de aquisição de competências.

# 1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO

Como referido anteriormente este ensino clínico teve lugar na Clínica da Juventude integrada no Hospital Dona Estefânia, localizada no Parque de Saúde de Lisboa. A Clínica da Juventude apresenta-se como uma unidade assistencial integrada na Área de Pedopsiquiatria.

A área da pedopsiquiatria encontra-se integrada no Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E<sup>2</sup>. – Hospital Dona Estefânia e integra várias unidades que dão apoio à criança e ao adolescente dos 0 aos 18 anos e tem como missão a prestação de cuidados de saúde mental, prevenção, tratamento e reabilitação das perturbações mentais. Encontra-se subjacente à sua missão o desenvolvimento de atividades relacionadas com a formação e a investigação.

## 1.1 - CLÍNICA da JUVENTUDE

A Clínica da Juventude, inicialmente conhecida como a “Escola dos Cedros” foi criada em fevereiro de 1974, ao abrigo da Portaria n.º 726 de dezembro de 1972, sob a direção do Dr. António Coimbra de Matos.

Os distúrbios que afetavam a população alvo da prestação de cuidados abrangidos pela escola exigiam um acompanhamento prolongado no tempo. Sendo assim, impunha-se a criação de um hospital de dia, como uma necessidade de extrema relevância para o sucesso dos projetos terapêuticos.

Em agosto de 1987 a Escola dos Cedros passou a designar-se Clínica da Juventude pela diversidade e natureza da população que passou a integrar. Assim, apresentava-se como objetivo da Clínica da Juventude a especialização do atendimento a adolescentes com problemática psiquiátrica e o alargamento da intervenção a outros distúrbios.

A Clínica da Juventude apresenta-se como uma unidade assistencial integrada na Área de Pedopsiquiatria e a sua população alvo de cuidados são adolescentes e pré-

---

<sup>2</sup> EPE – Entidade Pública Empresarial

adolescentes com problemas psiquiátricos/psicológicos, dos 13 aos 18 anos, de ambos os sexos, que pertençam ao distrito de Lisboa e concelhos limítrofes, Vila Franca de Xira (Alenquer, Benavente e Azambuja); Arruda dos Vinhos, Amadora, Loures (Apelação, Bobadela, Camarate, Moscavide, Portela, Prior Velho, Sacavém, São João da Talha, Unhos, Santa Iria da Azóia); Alentejo (exceto Beja e Évora) e Algarve.

Considera-se uma unidade cujas equipas são especializadas na área da pedopsiquiatria e apresenta as valências de Consulta Externa e Hospital de Dia.

**Os objetivos da Clínica da Juventude são:**

- Proporcionar tratamento especializado a adolescentes e suas famílias;
- Intervir de forma imediata em situações de risco;
- Promover a integração familiar, escolar e/ou socioprofissional dos clientes, o mais rapidamente possível;
- Estabelecer a interligação com estruturas comunitárias existentes, nomeadamente escolas, centros de formação profissional, instituições privadas e de solidariedade social, estruturas autárquicas e serviços judiciais;
- Proporcionar a formação de profissionais de saúde;
- Desenvolver a investigação na área da saúde mental e psiquiatria.

Os adolescentes e pré-adolescentes são referenciados à Clínica da Juventude, para a 1ª consulta, pelo médico de família, agrupamento escolar, outras equipas de pedopsiquiatria (serviço de urgência ou unidade de internamento do HDE<sup>3</sup>), outras instituições, pela família ou pelo próprio adolescente.

A intervenção dos profissionais de saúde visa o alívio do sofrimento psíquico e emocional do adolescente, a metodologia de trabalho encontra-se organizada em equipa multidisciplinar (pedopsiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e psicólogos) e em modelos teóricos que se adequem aos profissionais e ao cliente alvo dos cuidados.

---

<sup>3</sup> HDE – Hospital Dona Estefânia

### ***1.1.1 – Consulta Externa***

A Clínica da Juventude é um serviço especializado e de grande especificidade. Contudo, apresenta-se como um serviço com uma gama variada de experiências que contribuem para o desenvolvimento de competências de um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria em formação.

A consulta externa da Clínica da Juventude é uma unidade especializada de saúde mental para adolescentes de ambos os géneros a vivenciar situações de sofrimento psíquico e emocional.

Será relevante acrescentar que os motivos de consulta mais frequentes encontram-se associados aos diagnósticos de depressão, perturbações do comportamento (hiperatividade e agressividade), perturbações do comportamento alimentar (anorexia, bulimia e obesidade), tentativas de suicídio, surtos psicóticos agudos, perturbações da personalidade, *bullying*, recusa escolar, isolamento social e dificuldades de aprendizagem.

A estrutura física da consulta externa é composta por um gabinete administrativo, uma sala de espera, gabinetes médicos e de psicologia, gabinete do serviço social, gabinete de enfermagem, sala de tratamentos e farmácia.

A metodologia de intervenção seguida na abordagem dos adolescentes, resulta da fusão de vários modelos teóricos (sistémicos, terapia familiar, psicologia do desenvolvimento e psicanálise), e isso deve-se em parte ao facto de existir uma variada panóplia de técnicos com diferentes formações e especializações, nomeadamente, dois pedopsiquiatras, uma psicóloga, dois enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria sendo que uma delas tem formação especializada em terapia familiar e uma assistente social. É ainda constituído por uma administrativa e uma assistente operacional (Organograma em **Anexo I**).

A dinâmica da equipa multidisciplinar envolve diferentes reuniões com objetivos relacionados com a prestação de cuidados, formação, investigação e comunicação de diferentes linhas orientadoras.

Todos os jovens e respetivas famílias, referenciadas, passam por um primeiro atendimento, uma consulta de triagem, feita pela Enfermeira Fernanda Pedro e pela Assistente Social. Nesta consulta são levantadas as necessidades e/ou dificuldade de cada caso, e feita alguma orientação imediata, no sentido de ajudar a resolver alguns problemas mais evidentes.

Cada caso será posteriormente sujeito a uma apresentação, avaliação e discussão em *Reunião Clínica de Triagem*, onde será atribuído um médico responsável, proposta uma intervenção terapêutica e respetiva orientação.

Fazia-se a *Reunião da Equipa da Consulta de Perturbação do Comportamento Alimentar*, mas foi, suspensa desde Maio de 2011 por falta de médico especialista; *Reunião com a Equipa Multidisciplinar*, às quartas-feiras, onde serão facultadas informações internas e administrativas do Centro Hospitalar de Lisboa Central, pelo Chefe de Equipa Dr. António Matos e onde é apresentado um caso clínico para avaliação e discussão para aferir a efetividade do plano terapêutico previamente definido; e *Reunião de Supervisão*, onde é efetuada a supervisão dos casos clínicos em seguimento.

As áreas de intervenção da consulta externa da Clínica da Juventude visam dar resposta aos vários pedidos efetuados pelos adolescentes, famílias e instituições sediadas na comunidade que estejam em contacto com o adolescente, designadamente a consulta geral de pedopsiquiatria, consulta de perturbação do comportamento alimentar, consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, consulta de psicologia, apoio social e Terapia familiar.

### ***1.1.2. Hospital de Dia***

O Hospital de Dia é uma unidade funcional da Clínica da Juventude. É uma unidade de tratamento especializado para adolescentes com perturbação psicológica /psiquiátrica e suas famílias, que permite que estes possam usufruir de vários tipos de intervenção (promoção para a saúde e psicoeducação), mantendo-se no seu contexto sociofamiliar.

A admissão e integração em Hospital de Dia são efetuadas mediante avaliação dos adolescentes e suas famílias encaminhados pela Unidade de Internamento, pelo Serviço de Urgência ou pela Consulta Externa. Concomitantemente, o Hospital de Dia da Adolescência recebe adolescentes com idade compreendida entre os 13 e os 18 anos. A periodicidade e o tempo que cada adolescente permanece no Hospital de Dia são adequados às necessidades de cada caso.

Será dada prioridade a adolescentes referenciados pela consulta externa da área da pedopsiquiatria e a adolescentes internados na Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital Dona Estefânia, que após resolução da fase aguda se possam deslocar à Clínica da Juventude e necessitem de acompanhamento terapêutico, bem como a adolescentes internados no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (protocolo de articulação).

Como critérios de exclusão incluem-se consumos de tóxicos, não cumprimento de contrato terapêutico, três faltas injustificadas consecutivas e agressões físicas ou verbais a outros clientes ou a profissionais.

O principal objetivo do Hospital de Dia é disponibilizar ao adolescente um meio alternativo ao seu, através de modelos de identificação, num ambiente estruturado e securizante.

**Estão definidos os seguintes objetivos específicos da sua intervenção:**

- Aumentar a eficiência e a rentabilidade hospitalar;
- Reduzir a duração do internamento e tempo de espera;
- Melhorar a acessibilidade dos utentes;
- Permitir ao adolescente continuar inserido na comunidade;
- Melhorar a qualidade e humanização do atendimento;
- Diminuir os efeitos da inserção sociofamiliar;
- Estimular as competências e capacidades dos adolescentes.

Como objetivos dos profissionais de saúde desta instituição, evidenciam-se a promoção de habilidades, capacidades e a autonomia do adolescente, promovendo o seu regresso à escola o mais rapidamente possível. Pretende-se que esta passagem pelo Hospital de Dia

faça parte do crescimento pessoal do jovem e que ajude a compreender que o desencontro familiar dá eco e amplia a perturbação.

As atividades na instituição passam pelo atendimento individual ou acompanhamento de grupos, a psicoterapia pode igualmente ser individual ou com a família e terapia ocupacional. São também realizadas outras atividades com um fim terapêutico nomeadamente, culinária, fotografia, expressão plástica, atividades de vida diária, dramatização, expressão corporal/movimento, cineterapia, espaço da criatividade e descoberta (costura, tecelagem, trabalhos manuais), comunicação visual, jardinagem e grupos temáticos (jornal de parede, terapia pela música, preparação de festas), atividade moderadora de relação com os pares através dos materiais, terapia pela arte, treino de competências emocionais e jogo (entrar em sintonia com os outros).

A estrutura física do Hospital de Dia é constituída por um gabinete de enfermagem, sala polivalente (biblioteca, sala de reuniões, sala de estar), atelier/estufa, duas salas de terapia ocupacional, sala de criatividade e descoberta, sala de informática, sala de jogos, bar/refeitório, ginásio, laboratório de fotografia e dois gabinetes de consulta.

A Reunião do Hospital de Dia, tem lugar às quintas-feiras, tem como objetivos, o planeamento de intervenções, a supervisão dos casos seguidos, a avaliação dos casos e por vezes à revisão e reestruturação dos projetos terapêuticos; são ainda, discutidos a admissão e alta clínica dos adolescentes.

De evidenciar que a equipa multidisciplinar do Hospital de Dia tem como principal modelo de intervenção, o reforço e a ampliação das competências do adolescente de forma a proporcionar uma rápida recuperação e total integração no seu meio social e familiar.

## 2 - CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

### 2.1- BREVES NOÇÕES SOBRE A ADOLESCÊNCIA

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial (Ruzany et al, 2000; Azevedo, 2008).

Divide-se em três fases: inicial, entre os 10 e os 13 anos; intermédia, entre os 14 e os 16 anos; e tardia, depois dos 16 anos (Fonseca, 2005). A Organização Mundial de Saúde (OMS), atribui as designações de adolescentes e de jovens aos indivíduos que têm entre 10 e 19 anos e entre 15 e 24 anos respetivamente (Prazeres et al, 2004).

Mais do que uma etapa, é uma fase especial no desenvolvimento humano que determina mudanças no indivíduo e o conduz à maturidade. No entanto, podemos encontrar obstáculos que vão influenciar o rumo a uma vida adulta saudável, principalmente aqueles que estão relacionados com a construção da autoestima da saúde mental, indispensável perante os desafios da vida (Oliveira et al, 2006).

A integração em grupos sociais, a necessidade do reconhecimento dos seus valores, o companheirismo dos amigos do grupo e o apoio familiar funcionam como a base de uma construção, interligando a autoestima a sociabilidade.

Os grupos de pares têm uma função preponderante na construção da identidade sexual do adolescente, pois permitem uma identificação que não os faz sentir sós num período representado por alterações tão tumultuosas. Assim, os modelos de identificação deixam de ser os pais para passarem a ser os jovens da mesma idade, num processo de autonomia, de individuação (Monteiro, 2002).

Segundo Braconnier (2000:26), *“a adolescência consiste talvez em fazer experiência de paradoxos, em desenvolver a paciência e a tolerância face ao sofrimento que daí advém, até que estes paradoxos encontrem pouco a pouco, com a entrada na idade adulta, senão a sua resolução, pelo menos a sua aceitação”*.

Os adolescentes são confrontados com uma ambivalência de sentimentos, crescer ou regredir, criança ou adulto, autonomia ou dependência, de ligação ao passado e de vontade de se projetar no futuro (Monteiro, 2002).

É uma fase importante, de acordo com Kohlberg (1981), será o processo de desenvolvimento moral e a aquisição de valores e ideais como a justiça, liberdade ou equidade. O autor aponta a adolescência como sendo o período de construção de valores sociais e de interesse por problemas éticos e ideológicos. O adolescente confronta os seus próprios valores com os valores do “mundo adulto”, na tentativa de alcançar a tão desejada autonomia. Para tal ajuíza regras e convenções sociais, o que o levam, por vezes a atacá-las e, por outras a desobedecê-las.

Ele revolta-se face à sociedade em que coexiste, pois esta apresenta-se como o oposto à sociedade idealizada. Nesta fase, sentem que possuem uma força capaz de mudar o mundo, destruir o que está errado e corrigir todas imperfeições, têm um poder imenso e uma força quase incontrolável que face ao mundo real resulta numa grande decepção e frustração. Durante estes processos, podem surgir situações agudas de confusão ou difusão da identidade, nomeadamente o retardamento ou prolongamento da adolescência, inibições, perturbação de valores, bem como crises neuróticas e psicóticas que são caracterizadas por um isolamento psicossocial profundo e mecanismos defensivos (Erikson, 1976). Deste modo, é importante que o jovem explore a sua adolescência ao máximo, pois este é um período de pausa, de reflexão, de exploração e de autoconhecimento.

O adolescente cujo desenvolvimento se coaduna com as expectativas de um determinado contexto histórico-social tem maior probabilidade de atingir os objetivos propostos para o seu estágio de desenvolvimento. Concomitantemente, as suas competências psicossociais irão ser desenvolvidas através da mobilização dos recursos pessoais e consequente adaptação a determinados contextos (Wright et al, 2005).

Como afirma, Sampaio (1994), a adolescência é uma fase de vida, ou uma etapa de desenvolvimento, merecedora de uma atenção especial. Sabe-se também que a adolescência é um período crucial no desenvolvimento e integração de condutas e comportamentos que influenciam a saúde no futuro (Ruzany et al, 2000; Azevedo,

2008). Pois é considerado um período de crise/mudança, situando-se entre dois polos importantes: dependência (proteção) e independência (autonomia), caracterizando-se por contradições, confusões, ambivalências, conflitos com os pais e com a função parental, e de procura de identidade e autonomia (Correia et al, 1990).

O desenvolvimento da personalidade, define-se, como uma sucessão de fases diferenciadas, cada uma delas qualitativamente diferentes da sua predecessora. Entre uma e a seguinte há períodos de comportamento indiferenciado, períodos transitórios que se caracterizam por distúrbios cognitivos e afetivos. A esses períodos deu-se o nome de “crises de desenvolvimento” (Erikson, citado por Caplan, 1980). De acordo com o mesmo autor, crise define-se por, um período transitório que apresenta ao indivíduo, tanto, a oportunidade de crescimento da personalidade quanto o perigo de crescente vulnerabilidade ao distúrbio mental.

Elliott & Tolan, (1999) e; Pepler & Slaby, (1994), citados em Substance Abuse and Mental Health Services and Administration (SAMHSA, 2010), sustentam que a transição para a adolescência caracteriza-se por um movimento em direção à independência dos pais e à necessidade de estabelecer os seus próprios valores, à identidade pessoal e sexual, e às habilidades e competências necessárias para competir na sociedade adulta. A independência exige aos jovens a capacidade de renegociar as regras da família e o grau de supervisão por parte dos pais, um processo que pode gerar conflitos. Ao mesmo tempo, amplia as redes sociais e relações com colegas e adultos, em novos contextos sociais iguais ou superiores em importância às relações com os pais.

Na mesma linha de pensamento Meleis e Trangenstein (1994) defendem que a adolescência pode ser entendida como uma transição, ou seja, *“uma passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro. A transição refere-se tanto ao processo como aos resultados de uma complexa interação entre a pessoa e o ambiente. Pode envolver mais que uma pessoa e assenta no contexto e na situação”* (p. 256). Esse processo exige do ser humano, neste caso do adolescente, a utilização imediata de mecanismos ou recursos de suporte disponíveis ou não, para o enfrentamento e adaptação, visando a resolução bem sucedida de desajustes, conflitos, desorganização ou desarmonia, encontrando assim uma nova maneira de ser.

Durante os processos de transição, as pessoas tendem a ficar mais suscetíveis aos riscos e esse facto pode afetar a sua saúde e bem-estar razão pela qual são considerados uma área importante para a enfermagem. Na verdade, e parafraseando Meleis *et al.* (2000), quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente/família por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas e os preparem para melhor lidarem com essas transições através da aprendizagem e aquisição de novas competências. Assim, e uma vez que a adolescência se trata de período de transição é fundamental que os enfermeiros disponibilizem especial atenção a este ciclo de vida.

Tendo em linha de conta o que foi descrito, a abordagem a este período do ciclo de vida deverá evidenciar-se por uma visão holística que contemple as várias dimensões do indivíduo. O adolescente não deverá apenas ser visto no seu contexto familiar, mas também nos vários contextos onde se mobiliza, uma vez que, a adolescência se caracteriza pela aproximação ao grupo de pares e pela identificação com o grupo com quem partilha uma grande diversidade de interesses, preferências e experiências.

No processo de atendimento ao adolescente, existe uma procura constante de otimização e promoção dos fatores protetores, de prevenção e controlo nos fatores de risco. Por conseguinte, o grande objetivo de toda a intervenção reside na concretização do potencial do indivíduo e a prossecução do seu projeto de vida.

## *2.2 – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA*

Os percursos de vida dos adolescentes são pautados por inúmeros acontecimentos, experiências e relações sociais que se influenciam mutuamente, contudo, a interação entre os diversos fatores poderá promover situações de desequilíbrio e desestruturação. Neste sentido, os profissionais de enfermagem irão desenvolver estratégias de promoção, tratamento, reabilitação e atuando nos três níveis de prevenção.

Como descrito pela Ordem dos Enfermeiros (2009), as pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam.

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

Durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, as competências de âmbito psicoterapêutico do EESMP, permitem-lhe desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial.

Estes profissionais compreendem 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.

Para além da mobilização de si mesmos como instrumentos terapêuticos, estes profissionais de saúde, desenvolvem vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem, durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio-terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.

Nas intervenções de enfermagem, no âmbito do atendimento ao adolescente, a promoção de comportamentos saudáveis, tanto para melhorar o seu nível de saúde como para prevenir a doença, assume lugar de destaque.

Ainda na linha de pensamento da **teoria da transição** de Meleis e Trangenstein (1994) os adolescentes passam por determinadas fases ou estádios da sua vida, em que se

deparam com determinadas dificuldades ou até mesmo, incapacidades para levar a cabo a realização de determinadas necessidades; e que por isso mesmo, estes momentos podem vir a representar a oportunidade de crescimento da personalidade, mas ao mesmo tempo, o perigo de crescente vulnerabilidade ao distúrbio mental. Neste sentido, os cuidados de enfermagem têm como foco, ajudar os adolescentes no seu processo de transição.

Desta forma, os profissionais de enfermagem procuram trabalhar com o adolescente no sentido de o tornar mais autónomo, capaz de assumir responsabilidades, tomar decisões, desenvolver afetos e integrar-se na sociedade; que cresça e se transforme num adulto saudável, capaz de desenvolver mecanismos de defesa que lhe permitam um desenvolvimento equilibrado e feliz.

Assim, o diálogo e o encaminhamento atempado são imprescindíveis, simultaneamente, deverá ser efetuada uma avaliação do seu contexto familiar e social. A intervenção sobre os contextos da criança, nomeadamente nos fatores de risco como o ambiente familiar e o contexto escolar irá permitir uma abordagem mais efetiva e promotora das trajetórias adaptativas do adolescente, uma vez que *“a avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar deve fazer parte das preocupações de toda a equipa de saúde, sempre que se contacta com a criança/família (...)”* (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2002:11).

A estimulação da função parental e a promoção do bem-estar familiar são uma das competências dos profissionais de enfermagem; assim, ao promover o envolvimento dos pais ou pessoas significativas estes profissionais estão a desenvolver estratégias de promoção de percursos adaptativos.

Contudo, os profissionais de enfermagem não deverão apenas avaliar e inibir os fatores de risco, mas também promover tanto os fatores protetores já existentes como novos fatores face à adversidade, de modo a *“(...) trabalhar tanto ao nível das características positivas dos sujeitos, da existência de relações familiares seguras e calorosas, bem como ao nível da disponibilidade do apoio extrafamiliar”* (Moreira, 2005:159).

A estabilidade do ambiente escolar e um contexto familiar facilitador da aprendizagem são fatores protetores do adolescente. O enfermeiro desempenha um papel preponderante na avaliação do processo de socialização com a família, grupo de pares e adultos e avaliação do desenvolvimento psicomotor e cognitivo, permitindo detetar distúrbios do comportamento, de aprendizagem e da esfera psicoafectiva. Segundo a DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2002:7) um dos objetivos das avaliações de saúde é “*detectar precocemente e encaminhar situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e do adolescente (...)*”.

### 2.3 - ALTERAÇÕES DO COMPORTAMENTO NA ADOLESCÊNCIA

Em saúde mental da infância e da adolescência é por vezes difícil traçar uma fronteira entre o normal e o patológico. Por si só um sintoma não implica necessariamente a existência de psicopatologia (diversos sintomas podem aparecer ao longo do desenvolvimento normal de uma criança, sendo geralmente transitórios e sem evolução patológica). Por outro lado, o mesmo sintoma pode estar presente nos mais variados quadros psicopatológicos (AACAP - American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1999).

Na adolescência, a incapacidade para lidar com problemas e atividades quotidianas; somatizações múltiplas ou persistentes; humor depressivo, ideação suicida, tentativas de suicídio; isolamento social e relacional; ansiedade excessiva; alterações do pensamento e da percepção; sintomatologia obsessivo-compulsiva; insónia grave, persistente; restrição alimentar, preocupação com o peso, comportamentos purgativos; passagens ao acto impulsivas (agressivas ou sexuais); comportamentos autoagressivos; fugas; e comportamentos antisociais repetidos, são alguns dos problemas mais recorrentes e que carecem de uma atenção especial por parte dos serviços de saúde mental e psiquiatria (AACAP, 1999).

O termo alterações do comportamento justifica-se na medida em que, a maioria dos comportamentos problemáticos encontrados nos adolescentes, abordados na Clínica da Juventude ao longo deste ensino clínico, não eram patológicos (ou doenças/perturbações psiquiátricas).

Já as Perturbações do comportamento, consideram duas categorias que pela sua intensidade e persistência configuram um diagnóstico: a Perturbação da Conduta e a Perturbação de Oposição-Desafio. Este diagnóstico de acordo com APA (American Psychiatric Association) (2000), implica um padrão de comportamento repetitivo e persistente, em que são violados os direitos básicos dos outros ou importantes regras ou normas sociais próprias da idade, manifestando-se pela presença de três ou mais dos seguintes critérios, durante os últimos 12 meses, e pelo menos, de um critério durante os últimos 6 meses:

**Agressão a pessoas ou animais:**

- Frequentemente ameaça ou intimida outras pessoas. Pratica bullying.
- Inicia com frequência lutas físicas.
- Usou uma arma que pode causar ferimentos sérios a outros (ex: faca, garrafa partida, etc.).
- Foi fisicamente cruel para alguém.
- Foi fisicamente cruel para animais.
- Fez um assalto em confronto com a vítima (ex: extorsão, roubo à mão armada, etc.).
- Forçou alguém a ter atividade sexual.

**Destruição de propriedade:**

- Iniciou deliberadamente um fogo com a intenção de causar danos.
- Destruiu deliberadamente propriedade de outros (para além de fogo posto).

**Roubo ou engano:**

- Arrombou uma casa, um edifício ou um carro de outra pessoa.
- Com frequência mente para obter coisas ou favores, ou para evitar obrigações.
- Roubou objetos de valor, mas sem confrontar a vítima (ex: roubos em lojas, etc.).

**Violação grave das regras:**

- Frequentemente fica fora de casa durante a noite, apesar da proibição dos pais e com início antes dos 13 anos.

- Fugiu de casa, pelo menos por duas vezes e no mínimo de uma noite, enquanto vivia com os pais ou numa instituição (ou pela menos uma vez por um período prolongado).
- Frequentemente opta por faltar às aulas para “vadiar”, com início antes dos 13 anos.

Para o diagnóstico de Perturbação do Comportamento é necessário que este tipo de padrão leve a problemas graves, incluindo problemas escolares, com amigos, com família ou mesmo problemas com a lei. Por outras palavras, se um adolescente se envolver num problema grave deste género uma vez, mas aprender com a experiência e não o voltar a repetir, é pouco provável que se faça este diagnóstico que se define como um padrão persistente e repetitivo.

Assim, numa nomenclatura específica da área da enfermagem, que de resto é o que aqui nos interessa, estes e outros problemas descritos na literatura traduzem-se em ***Focos<sup>4</sup> de Atenção ou Focos dos Cuidados de Enfermagem***. A identificação destes focos é feita, por um lado, de acordo com a contextualização teórica, e por outro, com a avaliação diagnóstica e identificação dos problemas dos adolescentes acompanhados no contexto clínico.

Importa então realçar que as intervenções de enfermagem incidiram sobre determinados Focos de Atenção ou alta Sensibilidade, sempre com vista à otimização das capacidades ou competências do adolescente, bem como ao incremento da sua autonomia e realização pessoal e profissional, no sentido de o ajudar no seu processo de transição.

No contexto do ensino clínico concluiu-se que de entre todos os focos de atenção, alguns verificaram-se comuns à maioria dos adolescentes e por isso, foram alvo de cuidados de enfermagem específicos. Assim, numa perspectiva da Enfermagem, e de acordo com Sequeira (2006) e ICN<sup>5</sup> (2005), de entre os focos mais comumente alterados entre os adolescentes acompanhados, destacam-se:

- ❖ Autoconceito (autoestima);

---

<sup>4</sup> **Foco**, de acordo com a CIPE® (2005), define-se como, a área de atenção relevante para a prática de enfermagem.

<sup>5</sup> **ICN** – International Council of Nurses; **CIPE®** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

- ❖ Ansiedade;
- ❖ Socialização;
- ❖ Comportamento agressivo;
- ❖ Comportamento autodestrutivo;
- ❖ Aprendizagem;
- ❖ Autocontrolo;
- ❖ Impulsos.

Serão estes os focos que serão desenvolvidos com maior pormenor e atenção em capítulos subsequentes.

### 3 – CONTEXTUALIZAÇÃO METODOLÓGICA

Reservou-se este capítulo para definir as estratégias de intervenção no processo de aquisição de competências ao longo do ensino clínico.

Este ensino clínico, tinha subjacente a concretização de um projeto pré-elaborado, que consistia em abordar adolescentes com Perturbações de Personalidade e cujos objetivos passavam por *Desenvolver Competências de avaliação diagnóstica* para com o adolescente com perturbação de personalidade borderline e às suas famílias; de *gestão de casos (case management)* na prestação de cuidados ao adolescente e sua família; de *planeamento e intervenção terapêutica* ao adolescente com perturbação de personalidade borderline e suas famílias, utilizando os princípios da comunicação funcional e relação de ajuda (Lopes, 2010 e Phaneuf, 2005); *avaliação final das intervenções* de enfermagem aos adolescentes com perturbação da personalidade borderline e suas famílias; e a *capacidade crítica de reflexão na ação e sobre a ação, desenvolvendo um processo de autoconhecimento*.

No entanto, por diversas vicissitudes esse projeto não foi concretizado exatamente como definido inicialmente. Como principal condicionante, destaca-se a própria dinâmica da Clínica da Juventude, que pela particularidade de dirigir intervenções a uma população como é a adolescência, se torna tão específica.

Em saúde mental da infância e da adolescência é por vezes difícil traçar uma fronteira entre o normal e o patológico. Por si só um sintoma não implica necessariamente a existência de psicopatologia (diversos sintomas podem aparecer ao longo do desenvolvimento normal de uma criança, sendo geralmente transitórios e sem evolução patológica). Por outro lado, o mesmo sintoma pode estar presente nos mais variados quadros psicopatológicos. Daí a dificuldade ou impossibilidade em fazer diagnósticos médicos, nomeadamente, Perturbações da Personalidade ou até mesmo Perturbações do Comportamento.

Relativamente à gestão de casos (case management) na prestação de cuidados ao adolescente e sua família, verificou-se que também não seria possível concretizar tal

objetivo, na medida em que este ensino clínico se realizou por um período de seis meses, período esse que não seria suficiente para acompanhar cada um dos casos. Numa avaliação de riscos/benefícios para o adolescente, tornou-se evidente desde o primeiro instante, que seria menos vantajoso, iniciar uma gestão de caso que poderia vir a ser interrompida por condições alheias ao adolescente (final do estágio), e que tal poderia ser entendido por este como um abandono.

### 3.1 – ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Assim, a metodologia usada assentou numa adaptação à dinâmica da Clínica da Juventude, que consistiu em, desenvolver um processo de intervenção aos adolescentes com alterações do comportamento e suas famílias, com realce para as diversas fases do processo de cuidados (i.e., avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação final); e teve lugar na Consulta Externa e paralelamente no Hospital de Dia. Neste capítulo será descrito, com algum pormenor, a concretização desse processo de cuidados, nesta primeira parte descrevendo a fase que teve lugar na consulta externa e seguidamente descrevendo a fase que teve lugar no Hospital de Dia.

Os princípios que norteiam a prática clínica nesta valência da Clínica da Juventude, implicam o respeito pelo outro e pela sua integridade física, psíquica e social. Existe uma constante preocupação com a saúde e bem-estar do adolescente e sua família inseridos num contexto social, onde o respeito pelas crenças e valores se apresentam como uma prática incontestável.

A dinâmica da equipa multidisciplinar envolve diferentes reuniões com objetivos relacionados com a prestação de cuidados, formação, investigação e comunicação de diferentes linhas orientadoras.

Contudo durante este processo pessoal de aprimoramento de competências, na consulta externa, desenvolvemos uma **intervenção ao nível das primeiras consultas ou de triagem**. Desenvolvendo assim, competências na área da *avaliação diagnóstica* em enfermagem; *intervenção terapêutica ou orientação imediata*; e *encaminhamento* para a reunião de triagem. Sem esquecer a *avaliação final das intervenções*.

As consultas foram escolhidas aleatoriamente, a partir da agenda da Enfermeira Fernanda (supervisora clínica), e eram realizadas autonomamente. No final de cada entrevista os resultados eram aferidos e validados pela mesma.

O motivo de cada consulta era desconhecido até ao primeiro contacto com o adolescente e a sua família; exceto no caso em que os adolescentes eram encaminhados pelas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) em risco. Era habitual que muitos dos adolescentes e suas famílias faltassem às convocações de consultas, o que muito contribuiu para a limitação do número de entrevistas efetuadas.

O Adolescente e a família eram acolhidos na receção, as apresentações eram feitas, era explicada a condição de Enfermeira estagiária e num dos diversos gabinetes disponíveis, dava-se início à consulta de enfermagem e respetiva avaliação diagnóstica.

O **instrumento** usado nesta consulta foi a **Entrevista, Semiestruturada e semidireccionada**, com perguntas abertas, que permitisse estabelecer uma comunicação livre, espontânea, e a expressão das emoções e sentimentos do adolescente e sua família. Que faculte a experiência de sentimentos de liberdade e à vontade para participar genuinamente na identificação das próprias dificuldades, determinação de soluções para o seu estado de saúde; de forma a facilitar a compreensão da sua história de vida e da vivência que tem da doença e mais eficazmente; e permite elaborar um exame das suas funções mentais. O guião foi baseado no modelo implementado pela própria instituição, cujo formulário se encontra em (*Anexo II*).

No contexto do atendimento ao adolescente, nos serviços de saúde, a entrevista assume uma singularidade particular, possibilitando identificar as suas necessidades, problemas, potencialidades, desejos e significados de experiências.

Como afirma Phaneuf, (2005), é um momento de *empowerment* para a pessoa cuidada, isto é um momento em que se torna a dar um certo poder aquela pessoa. É uma permuta entre a enfermeira e a pessoa cuidada ou a sua família, com objetivos específicos e particulares, relativos à colheita de informações, à transmissão de conselhos ou de explicações e ao suporte psicológico e à resolução de certos problemas.

Na *entrevista*, o adolescente é o protagonista da solução para os seus problemas, o que implica o desenvolvimento de uma relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem, caracterizando-se não só, por uma parceria entre os diferentes intervenientes no respeito pelas suas capacidades, como também pelas suas opiniões, sentimentos e competências (Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem, 2003).

São objetivos da entrevista: avaliar o desenvolvimento psicossocial e afetivo do adolescente; estabelecer uma adequada relação terapêutica; prevenir problema; mas o mais importante, consiste na identificação dos problemas reais, pelo que o enfermeiro deve estar atento à “agenda oculta” (Canals et al, 2004).

No decurso da entrevista é essencial o estabelecimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro e o adolescente que favoreça uma vinculação, de modo a que este último seja capaz de revelar os seus sentimentos, problemas e perspetivas, tendo a esperança de ser beneficiado com esta relação e a não convicção de não ser prejudicado (Benjamin, 2008).

Previamente à entrevista, o enfermeiro deverá fazer uma reflexão pessoal acerca dos seus próprios valores, assim como das respetivas necessidades de formação, como qualidades básicas deve possuir a motivação para compreender, valorizar e escutar o adolescente. É importante não projetar os seus próprios conflitos da adolescência nos jovens. Recordar essa fase pode ajudar a comunicar com os jovens (Sotomayor, 2001).

Para estabelecer uma verdadeira aliança de confiança, na opinião de Lopes (2010), o enfermeiro deve dispor de características específicas, nomeadamente, graça (graciosidade), caráter e cultura. Este mesmo autor acrescenta, as pessoas que ajudam pessoas movem-se pela graça do espírito humano, esta graça é a primeira fonte de um comportamento de ajuda efetivo parece ter cinco atributos chave: preocupação calorosa e aceitação dos outros; abertura e sintonização com realidade experiencial dos outros; capacidade de compreender o que é que os outros precisam para se desenvolverem; capacidade de facilitar a realização das necessidades da forma e no tempo correto, e uma presença autêntica.

Para além do respeito, a autenticidade e a empatia, facilitadores do estabelecimento de uma parceria terapêutica indispensável há expressão de sentimentos pelo adolescente (Phaneuf, 2005; WHO Western Pacific Region 2001); são identificados alguns requisitos do profissional que atende adolescentes, nomeadamente, maturidade pessoal; autoestima; um conceito claro de autoridade com flexibilidade, ser sensível, genuíno, saber dar e receber afeto; possuir valores morais, espirituais e culturais sólidos e congruentes; conhecimento e compreensão sobre a sexualidade sem preconceitos ou dúvidas morais; capacidade de comunicação sincera e fluida com os jovens e conhecimento adequado e atual da problemática social (Canals et al, 2002, 2004; Vicario et al 2003).

Será também importante, evitar algumas atitudes incorretas, como, assumir o papel de adolescente, o enfermeiro não é um colega; tentar substituir os pais, o enfermeiro não deve ser visto como cúmplice dos pais; adotar uma postura dominadora; ser moralizador; fazer juízos de valor e usar frases começadas por “deves” (Sotomayor, 2001).

O espaço físico onde é realizada deve ser acolhedor e confortável, bem ventilado e limpo (Phaneuf, 2005). Deve ter espaço e mobiliário suficiente para acolher o adolescente e a família (Leal, 2004; 2008).

Numa primeira entrevista, cerca de cinquenta minutos permitem manter bons níveis de atenção e concentração dos intervenientes (Leal, 2004; 2008). Para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPS, 2000), o tempo necessário é de cerca de trinta minutos, não devendo ultrapassar os noventa.

Os princípios éticos no atendimento ao adolescente referem-se especialmente ao respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo.

No que diz respeito à aplicação do princípio da autonomia, o adolescente necessita de percorrer as diversas etapas de desenvolvimento sócio-moral, com vista à maturidade necessária para uma autonomia que vai sendo consolidada, possibilitando tomadas de

decisão com responsabilidade; os adolescentes estão ainda numa fase de conquista da autonomia (Queirós, 2001).

De acordo com Antunes (1998), a opinião do menor deve ser tida em conta, em proporção da idade e grau de maturidade. Desta forma o adolescente deve ser envolvido no processo de decisão, quando atingir um grau de compreensão e inteligência para tal, sendo da competência dos pais partilhar o consentimento com os filhos. No Artigo 38º do Código Penal Português nº 3, é considerado que a partir dos 14 anos, o adolescente já possui capacidade de tomar decisões no domínio ético.

O adolescente tem direito a ser atendido individualmente, em espaço privado, onde seja reconhecida a autonomia e individualidade estimulando a responsabilidade pela sua própria saúde (Queirós, 2001).

Ainda de acordo com o mesmo autor, a confidencialidade garante que as informações conhecidas pelos profissionais não são reveladas aos seus pais ou responsáveis, sem a autorização do adolescente.

Para assegurar o bom desenvolvimento da entrevista devem ser seguidas as seguintes etapas: Preparação, a orientação, a exploração e a conclusão. Do sucesso e cumprimento destas fases dependerá o sucesso da própria entrevista (Phaneuf, 2005). Contudo, outros autores, como, Ballarin (2002); Sotomayor, (2001); Canals et al, 2002, 2004; Vicario et al 2003), defendem que a entrevista ao adolescente deve ser estruturada em três fases, que correspondem a: fase de acolhimento, exploratória e resolutive.

Nas **entrevistas** realizadas, **pretendia-se compreender**, *a perspetiva do Adolescente e dos pais ou cuidador*, bem como, *a perspetiva do enfermeiro*, para tal deveriam ser **substanciados** os seguintes requisitos:

- ✗ Reforço e a garantia da confidencialidade;
- ✗ Saber o motivo da entrevista na perspetiva dos pais e do adolescente;
- ✗ O que o adolescente e a família sabem, pensam e sentem - Perceber o grau de consciência e de crítica quanto à sua situação;
- ✗ Colheita de dados no âmbito bio-psicossocial; perspetivas dos pais e do adolescente sobre fatores de risco; significados que atribui às suas situações de vida; necessidades; problemas, preocupações; dúvidas; competências;

- ✎ dificuldades; projetos e áreas potenciais para a aprendizagem. O que preocupa o doente; Estratégias/capacidades do doente, na sua perspetiva: A capacidade que o doente acha que têm para lidar com a situação. O que acha que é possível fazer perante a situação. A sua atitude tem sempre uma justificação na sua lógica; quanto mais depressa se chegar à sua melhor será para estabelecer relação;
- ✎ Início e evolução das queixas;
- ✎ O que foi feito para as resolver.
- ✎ Colheita de dados com a colaboração dos pais sobre antecedentes familiares e pessoais:
  - Genograma;
  - Antecedentes familiares;
  - História neonatal;
  - Desenvolvimento psicomotor (fala, marcha, controlo de esfíncteres, introdução de alimentos; alergias);
  - Vacinação;
  - Doenças anteriores;
  - Socialização;
  - Adaptação à escola;
  - Padrão de sono;
  - Alimentação;
  - Funcionalidade nas atividades de vida.

### ***A perspetiva do enfermeiro***

- ✎ Observação da dinâmica familiar;
- ✎ Observação do adolescente (*Anexo III*).

Esta **observação do adolescente**, tem por base a avaliação dos seguintes **indicadores**, de acordo com Lopes (2010) e Abreu (2006): *História pessoal e familiar; Apresentação e postura; Mímica, expressão e motricidade; Contacto e Linguagem; Estado de consciência; Consciência de si; Consciência do corpo; Impulsos e vontades; Humor, afectos e emoções; Forma e conteúdo do pensamento; Senso-percepção; Capacidade funcional; Desenvolvimento Neo-natal; Desenvolvimento psicomotor (fala, marcha, controlo de esfíncteres, introdução de alimentos; alergias); Adaptação escolar;*

*Socialização; Medicação prescrita; Envolvimento nas atividades; A relação e interação com os outros (colegas de trabalho, família).*

Em complemento do modelo preexistente, recorreu-se à pesquisa bibliográfica e à utilização de técnicas e conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do Mestrado, mais concretamente, etapas da Entrevista ao Adolescente e concretização de Avaliação Diagnóstica (*Anexo IV*); técnicas de apoio narrativo, nomeadamente, comunicação funcional (*Anexo V*); e observação do adolescente na perspetiva do enfermeiro (*Anexo III*). Teve-se também em conta que, para o favorecimento da aliança terapêutica o enfermeiro especialista deve dispor de diversos pré-requisitos (*Anexo VI*).

Dependendo da avaliação imediata, de cada caso, era aplicado o **Inventário de Depressão Infantil (CDI)**, Children's Depression Inventory – CDI (Kovacs, 1992) em (*Anexo VII*), uma **medida de auto-avaliação** traduzida e adaptada para a população portuguesa por Baptista e Carvalho em 1998. É um inventário de autodescrição, composto por 27 itens com 3 alíneas cada, pontuáveis entre 0 (zero) para a inexistência do problema e 2 (dois) para a existência grave do problema. Pretende caracterizar o mal-estar psicológico na puberdade, nas esferas do **Humor negativo, Problemas no Relacionamento Interpessoal, Ineficácia, Anedonia e Diminuição da Autoestima**. No entanto, pode ser utilizado como uma medida unidimensional, cujo resultado final varia de zero a 54, permitindo a discriminação clínica entre jovens deprimidos e não deprimidos (Kovacs, 1992).

Em todas as consultas era aplicado um questionário de auto-preenchimento, “*Quem sou eu*” (*Anexo VIII*), que pretende avaliar características mais específicas da personalidade do adolescente; e **avaliar a autoperceção** e o **autoconhecimento** que cada um tem de si e da sua própria situação.

A doença mental inclui perturbações e desequilíbrios mentais, disfunções associadas à angústia, sintomas e doenças mentais diagnosticáveis OMS (2004). No entanto, associa-se a esta generalização o ser único que é cada pessoa, com um contexto diferente, portanto, se os diagnósticos médicos coincidem, a enfermagem procura na semelhança de diagnósticos a especificidade daquele ser humano em particular, numa abordagem centrada na pessoa em detrimento da doença. A **avaliação diagnóstica em**

**Enfermagem** de Saúde Mental e Psiquiátrica foca-se no problema, nas alterações e respostas desadaptadas, mas preocupa-se essencialmente em saber o que essas alterações significam para aquela pessoa (Baker, 2004).

A **observação** de um indivíduo, para conhecer, se sofre ou não de perturbações mentais, começa por ser uma tarefa de análise que tem de terminar com um trabalho de síntese (Abreu, 2006). Por isso, ao longo deste exercício foi possível colher determinadas informações, mais concretamente queixas verbalizadas pelos adolescentes e suas famílias, e sob um olhar atento e reflexivo analisá-las e posteriormente elaborar alguns diagnósticos segundo a linguagem CIPE (2005), que serão posteriormente apresentados.

Este levantamento de necessidades ou dificuldades e respetiva **avaliação diagnóstica**, traduzida para linguagem padronizada de enfermagem, identifica os focos dos cuidados de enfermagem, e de acordo com um ajuizamento resultará num **diagnóstico de enfermagem**<sup>6</sup>. Uma vez definidos os diagnósticos de enfermagem, através dum processo automático, ainda durante essa referida consulta ou avaliação diagnóstica em enfermagem, tornava-se possível planear, e intervir ou orientar o adolescente e respetiva família. Tarefa que nem sempre se revelou simples e que, pela escassa experiência na área, levantava algumas dúvidas.

Os adolescentes atendidos ou triados na consulta têm os mais variados encaminhamentos, ao contrário do que se tinha previsto inicialmente, apenas um dos jovens a quem foi feita a entrevista diagnóstica teve como encaminhamento o acompanhamento em grupo no Hospital de Dia, caso esse que foi possível integrar no grupo de segunda-feira, o Be.

Na passagem pelo Hospital de Dia concluímos que a manutenção de um ambiente terapêutico apresenta-se como uma preocupação major para o Enfermeiro Especialista em saúde mental e psiquiatria. Assim, transparece ao longo de toda a prática clínica a necessidade de considerar as condições de segurança, bem como de imprimir uma intencionalidade terapêutica em toda a intervenção. De realçar, que apesar de ser um

---

<sup>6</sup> **Diagnóstico de Enfermagem** - Deve incluir um termo do Eixo do Foco e um termo do Eixo do Juízo, e é possível incluir termos adicionais, se necessário, dos Eixos do Foco, Juízo ou de qualquer outro Eixo, conforme a necessidade.

complemento ao trabalho realizado nas consultas, esta passagem pelo Hospital de Dia, representou uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional. O acompanhamento dos grupos terapêuticos de adolescentes, possibilitou:

- ☆ Demonstrar a prática da utilização dos princípios da relação de ajuda e de técnicas de intervenção terapêuticas, especialmente no acompanhamento dos grupos;
- ☆ Realizar a prática da supervisão para potencializar os instrumentos aprendidos e aprofundar o nível reflexivo, normalmente junto da equipa ou até da orientadora;
- ☆ Integrar novos dos conhecimentos teóricos na prática clínica;
- ☆ Desenvolver competências de avaliação diagnóstica e aplicar instrumentos de avaliação orientadores na intervenção;
- ☆ Desenvolver intervenções terapêuticas de acordo com as necessidades do adolescente e família.

O horário era flexível, negociado em função da disponibilidade da instituição e tentando não sobrepor a presença de vários enfermeiros em estágio; e de modo a participar no maior número de atividades. Tentou-se sempre que possível, acompanhar os mesmos grupos, no sentido de fomentar a aliança terapêutica.

Apesar de existirem vários grupos de adolescentes ao longo dos cinco dias da semana, foram acompanhados dois grupos terapêuticos, estes realizavam-se às segundas e quartas-feiras. Cada um dos grupos era composto por cinco a seis adolescentes que não partilhavam necessariamente os mesmos problemas ou dificuldades, e com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos.

Os grupos já se encontravam em funcionamento a quando da nossa integração, alguns destes jovens tiveram alta e outros deram início ao seu projeto terapêutico, o que de certa forma limitou o número de adolescentes acompanhados.

A intervenção do enfermeiro especialista passou por desenvolver competências de **avaliação diagnóstica no grupo**, onde os adolescentes usam os materiais como veículo de comunicação e expressão de sentimentos, emoções e até dificuldades. As atividades

para o grupo são propostas pelos técnicos, em função de determinados objetivos terapêuticos e portanto, de acordo com uma intencionalidade terapêutica.

Nos grupos, não é raro encontrar determinadas dificuldades ou necessidades que carecem de especial atenção por parte dos profissionais de saúde. Ao longo desta extensa experiência, concluiu-se que muitos dos jovens apresentavam problemas ou alterações do comportamento muito semelhantes, de entre as mais comuns destacam-se: recusa escolar, isolamento social, autoestima diminuída, problemas interpessoais; dificuldades de socialização; isolamento social; comportamentos agressivos (heteroagressivos e autoagressivos); impulsividade; dinâmicas familiares muito disfuncionais e geradoras de modelos pouco securizantes e pouco promotores de autonomia e independência (fator fundamental no processo de recuperação); dificuldades escolares e consumos de tóxicos, dificuldades de aprendizagem, dificuldade de cumprimento de regras sociais; dificuldade em expressar sentimentos; dificuldade em lidar com as frustrações; dificuldade na tomada de decisão; dificuldade na autoresponsabilização.

A **intencionalidade terapêutica** incidiu sobre a necessidade de trabalhar com o adolescente no sentido de o tornar mais autónomo, capaz de assumir responsabilidades, tomar decisões, desenvolver afetos e integrar-se na sociedade; que cresça e se transforme num adulto saudável, capaz de desenvolver mecanismos de defesa que lhe permitam um desenvolvimento equilibrado e feliz.

O trabalho de grupo é a situação ideal para os adolescente que precisam praticar as suas habilidades contratuais. É natural para a maioria deles, procurar os seus pares. Ao oferecer um palco para aqueles que têm dificuldades em relacionar-se com os seus pares, estamos a ajudar a descobrir e a elaborar o que quer que esteja a bloquear este processo.

O grupo é o local onde o adolescente, pode tomar consciência de como interage com os outros, para aprender a assumir responsabilidades pelo que faz e para experimentar comportamentos novos. Além disso, também precisam do contacto com os outros para sentir que outros têm problemas e sentimentos semelhantes. Dar ao adolescente

oportunidade de jogar com outros é proporcionar-lhe experiências fundamentais de inter-relacionamentos (Ginnot, 1972).

O enfermeiro necessita de estar continuamente alerta e consciente de cada participante do grupo. A capacidade ou habilidade de ler no outro, de observar a postura, a atenção, a concentração a interação com os outros, o aborrecimento, a satisfação. Estas e outras, são características muito importantes a avaliar quando se “conduz” um grupo.

É essencial que o enfermeiro, tenha a capacidade de reconhecer o que é ou não adequado para determinado adolescente e que consiga reconhecer se determinada situação ou interação com outro elemento, se torna traumática e desse modo abrir espaço à comunicação e expressão de sentimentos. A experiência com grupos demonstrou que a estimulação mútua de ideias e sentimentos traz á superfície *insights* profundos. O autoconhecimento é desenvolvido através da experimentação de vários relacionamentos diferentes. No grupo, os adolescentes são naturalmente, induzidos a reavaliar o seu comportamento à luz das relações com os outros (Rogers, 1978).O grupo fornece um ambiente social tangível para as descobertas e experimentações de novos e mais satisfatórios modos de relacionamento com eles, constrói um ambiente onde podem ser testadas novas técnicas sociais, visando o domínio da realidade e relacionamentos interindividuais. O adolescente inibido e tímido, aprende que, para atingir os seus objetivos, tem que manifestar os seus desejos, e os mais impulsivos aprendem que aqueles que esperam também são atendidos (Rogers, 1978).

Ao longo destes seis meses foi possível integrar ou participar mais frequentemente em dois grupos, que se realizavam das 14h às 16h e das 16.30h às 17.30h, eram denominados primeiro e segundo tempo (prolongamento), com intervalo para o lanche. Os adolescentes que compunham cada um dos grupos eram diferentes, sendo que alguns dos que compunham o primeiro tempo, prolongavam a sua permanência para o segundo tempo.

O primeiro grupo ou tempo de 2ª feira e 4ª feira, eram dirigidos por dois Enfermeiros e o segundo grupo de 2ª e 4ª feira era dirigido por 1 enfermeiro e uma terapeuta ocupacional.

Como forma de facilitar a descrição do trabalho desenvolvido ao longo deste período, considerou-se descrever, apenas os adolescentes acompanhados do início ao fim e que demonstraram maior assiduidade. Assim, foram prestados cuidados mais especializados a dez adolescentes, distribuídos pelos seguintes grupos:

Grupo I – 2ª feira – 1º tempo

- G; J; Be (m); A; V; D; e R.

Grupo I – 2ª feira – 2º tempo

- G; V; D, M

Grupo II – 4ª feira – 1º tempo

- G; Ba (f); S; V; D.

Grupo II – 4ª feira – 2º tempo

- G; Ba (f); S; V

Considerou-se importante, abordar cada um destes jovens como um ser biopsicosociocultural, que carece de cuidados, que quando prestados, representam ganhos sensíveis a longo prazo. Respeitando as individualidades e especificidades exigidas pelos adolescentes em presença, desenvolvendo um sistema de apoio, permitindo a melhoria das condições da sua vida e o incremento das potencialidades e da autonomia, inerentes a cada um enquanto indivíduo. Representando ganhos que serão projetados no futuro, quer em termos de promoção de saúde mental, quer em prevenção de doença mental.

Em termos concretos, foram desenvolvidas e monitorizadas diversas atividades, todas elas dirigidas ao grupo e com o propósito de, por um lado, colocar em prática a avaliação diagnóstica, e por outro; desenvolver ou atingir determinados objetivos terapêuticos, que fossem de encontro à satisfação e resolução dos problemas e necessidades identificadas em cada avaliação diagnóstica.

Todas as atividades desenvolvidas eram registadas diariamente, e é a partir desses registos que agora é possível analisar, o trabalho desenvolvido com estes adolescentes. Os registos foram feitos com base na observação directa e interação com os participantes, não tendo sido usada qualquer consulta aos respetivos processos.

### 3.2 – *DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM*

De entre os diversos diagnósticos de enfermagem, de acordo com a CIPE, levantados ao logo deste estágio, quer na consulta, quer no Hospital de Dia, listamos seguidamente os mais frequentemente encontrados.

#### ✎ **Processo familiar comprometido.**

Processo com as características específicas: interações positivas ou negativas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os membros da família (ICN, 2005). Na maioria esmagadora dos casos acompanhados, se ajuizava como comprometido, que de acordo com a CIPE, trata-se de um juízo positivo ou negativo com as características específicas: estado julgado como negativo, alterado, inadequado, ou ineficaz.

#### ✎ **Risco de comportamentos agressivos.**

Existência do risco de comportamentos agressivos comum entre os jovens acompanhados, ou seja, comportamentos interativos com as características específicas: ação ou atitude enérgica de autoassertividade imposta a outro, violenta, expressa física, verbal ou simbolicamente, originada por impulsos inatos ou ocorrendo como mecanismo defensivo, manifestado pelos atos construtivos, ou destrutivos, dirigidos para si próprio ou contra outros (ICN, 2005). Neste caso entenda-se **Risco**, como potencialidade com as características específicas: possibilidade de perda ou problema, problema que é esperado com uma certa probabilidade, potencial para um estado negativo.

#### ✎ **Risco de comportamentos autodestrutivo.**

Constatou-se também em alguns dos casos o risco de, comportamento autodestrutivo, definido como uma atividade executada pelo próprio com as características específicas: desempenhar atividades autoiniciadas com o objetivo de se agredir ou lesionar, violência orientada contra si próprio (ICN, 2005), isto é o potencial para a existência de comportamentos autodestrutivos, nomeadamente automutilações.

#### ✎ **Autoconceito Autoestima comprometido.**

O autoconceito define-se como o conceito que o indivíduo faz de si próprio como um ser físico, social e espiritual ou moral, é pois um construto hipotético, inferido ou

construído a partir de acontecimentos pessoais. Estudos realizados comprovam que, quanto melhor o autoconceito, melhor será o desempenho, a capacidade de resolução de problemas, desempenho de tarefas, procedimentos integrativos e adaptativos, e controlo de situações de stresse. Pessoas com autoconceito consistente, positivo e realista, comportam-se de maneira saudável, confiante, construtiva e efetiva.

Algumas das expressões da baixa autoestima podem reflectir-se na, autocrítica, o individuo pode descrever-se como “legítimo fracasso”; autodiminuição, pela dificuldade em reconhecer as conquistas e talentos; culpa e preocupação, podem ser expressas por fobias, obsessões, ou pelo reviver de situações dolorosas; manifestações somáticas, que podem incluir doenças psicossomáticas, e abuso de substâncias; recusa do prazer a si mesmo; perturbações nos relacionamentos, que podem reflectir-se na crueldade com os outros ou até no isolamento social; alienação da realidade, que pode ser um mecanismo temporário de enfrentamento, ou um padrão persistente indicando um problema de confusão de identidade; autodestrutibilidade, que podem levar a auto-mutilação ou até ao suicídio e destrutibilidade em relação aos outros, que podem reflectir-se no agir contra a sociedade (Sequeira, 2006).

Numa maioria significativa dos jovens verificou-se o comprometimento, ou uma inadequação, ou ineficácia, da autoestima.

#### ✎ **Ansiedade elevada.**

Segundo a CIPE ansiedade define-se como, uma emoção com as características específicas: sentimento de ameaça, perigo ou angústia sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição de auto-confiança, aumento de tensão muscular e de pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula (ICN, 2005). Entre os jovens acompanhados, a maioria verbalizou e demonstrou **elevados** níveis de ansiedade, que se caracteriza como um nível absoluto com as características específicas: acima da média ou mais do que o normal em quantidade, intenção ou intensidade.

#### ✎ **Socialização comprometida.**

Socialização caracteriza-se como um comportamento interativo com as características específicas: intercâmbio social mútuo, participar em atividades sociais (ICN, 2005). Muitos dos adolescentes avaliados apresentavam ineficácia no seu processo de

socialização e em muitos deles com consequente **Risco de Isolamento social** (Status social).

#### ✎ **Aprendizagem diminuída.**

A aprendizagem é um tipo de Pensamento com as características específicas: processo de adquirir conhecimentos ou competências por meio de estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência (ICN, 2005). Que ajuizámos como, **diminuída** na medida em que se trata de um nível absoluto com as características específicas: falta, défice, abaixo da média, ou abaixo da quantidade, intenção ou intensidade normais.

#### ✎ **Autocontrolo comprometido.**

Volição com as características específicas: disposições tomadas para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo, lidar com as suas necessidades básicas e as atividades de vida (ICN, 2005). Alguns dos jovens apresentavam níveis ineficazes de autocontrolo e alguns deles com a presença de impulsividade marcada; o que nos leva a levantar o diagnóstico **Impulso atual** – volição com as características específicas. Força acionadora, urgência, força motivadora (ICN, 2005). **Atual** na medida em que é a potencialidade com as características específicas: presente ou real.

#### ✎ **Risco de uso de substâncias (drogas ou álcool).**

De entre os diagnósticos de enfermagem mais comuns destaca-se ainda o potencial para o uso de substâncias que se define como uma atividade executada pelo próprio com as características específicas: uso regular, para efeitos não terapêuticos, de substâncias que podem ser prejudiciais à saúde e causar adição. Em causa o uso regular de álcool como estimulante, habitualmente vinho, cerveja ou bebidas espirituosas; ou o uso regular de medicamentos ou drogas, como narcóticos (ICN, 2005).

### *3.3 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM*

O processo de enfermagem não estaria completo sem o planeamento e as respetivas intervenções de enfermagem, assim e pelo que já foi explicado anteriormente, após análise dos registos efetuados ao longo do ensino clínico, verificou-se que de entre as

intervenções mais usadas destacaram-se as que se seguem, pelo que, antes de passar à descrição propriamente dita das atividades desenvolvidas será feita uma breve fundamentação de cada uma delas.

### ***Técnica de modificação de comportamentos***

Consiste na substituição de comportamentos desajustados por comportamentos mais adequados. Segundo Sequeira (2006), baseia-se nos princípios da aprendizagem social que refere que os comportamentos podem ser aprendidos/modificados através do condicionamento clássico (aprendizagem associativa), do condicionamento operante (reforços positivos/negativos), da aprendizagem por observação ou de processos cognitivos.

A utilização do reforço positivo frequente permite incentivar a aprendizagem e a manutenção do comportamento adequado. De acordo com, McCloskey et al (2004), controle de comportamento: autoagressão consiste em auxiliar o paciente a reduzir ou eliminar comportamentos de automutilação ou autoabuso.

### ***Técnica de treino da assertividade***

Consiste em, disponibilizar assistência, na efetiva, expressão de sentimentos, necessidades e ideias, ao mesmo tempo que respeitando os direitos dos outros (McCloskey et al, 2004).

### ***Terapia pela reminiscência***

Está relacionada com o uso da lembrança de eventos, sentimentos e pensamentos, passados para facilitar o prazer, a qualidade de vida ou a adaptação a circunstâncias atuais (McCloskey et al, 2004; Sequeira, 2006).

### ***Terapia recreacional /de atividades de distração***

Depende do uso propositado das atividades de distração/recreacionais para promover o relaxamento e as habilidades sociais (McCloskey et al, 2004). Devem ser acompanhadas de reforço positivo para incentivar a aprendizagem e a manutenção do comportamento adequado. De grande utilidade na redução da ansiedade, no aumento da autoestima, na promoção do humor, na redução da tristeza e na promoção da interação social e interpessoal.

### ***Suporte emocional***

Técnica que permite a provisão de segurança, aceitação e encorajamento durante períodos de stress (McCloskey et al, 2004). Consiste em, discutir com o paciente experiências emocionais, apoiar o uso de mecanismos de defesa adequados, auxiliar o reconhecimento e encorajar a expressão de sentimentos, como ansiedade, raiva ou tristeza; discutir as consequências dos sentimentos e crenças; oferecer apoio; encorajar o dialogo ou o choro como meios de reduzir a resposta emocional; entre outras (McCloskey et al, 2004)

### ***Promoção do Envolvimento familiar***

Consiste na facilitação da participação da família no cuidado emocional e físico do cliente (McCloskey et al, 2004).

### ***Gestão e promoção do autocuidado***

O autocuidado pode ser definido como um tipo de ação realizada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária (ICN, 2005). Englobam-se a higiene, banho, lavar-se, arranjar-se, vestuário, vestir-se, despir-se, comer, beber, ir ao sanitário, comportamento sono-reposo, atividade recreativa e exercício físico. Consiste na concretização de autocuidado terapêutico ou na execução de algumas medidas de autocuidado do cliente, de forma a compensar a incapacidade deste em executar o autocuidado, regulando a atividade de autocuidado. Por outro lado, pode também promover e regular o exercício e o desenvolvimento da atividade de autocuidado, desenvolvendo as competências de autocuidado do cliente.

### ***Disponibilizar escuta ativa***

*“A escuta é um estado de disponibilidade intelectual e afetiva da enfermeira, é a oferta, a partilha de um momento da sua vida com a pessoa ajudada. O ouvido ouve as palavras do doente, o olho percebe a sua expressão facial; todo o corpo da pessoa que ajuda está na expectativa do que o doente revela para captar as emoções e os não ditos. A escuta é ao mesmo tempo silêncio e palavra a fim de levar a pessoa a exprimir-se”* (Phaneuf, 2005: p 333).

De acordo com (McCloskey et al, 2004), ouvir ativamente, consiste em prestar atenção a dar sentido às mensagens verbais e não-verbais do paciente.

### ***Promover a socialização***

Socialização é um comportamento interativo com as características específicas: intercâmbio social mútuo, participar em atividades sociais (ICN, 2005).

De acordo com (McCloskey et al, 2004), o aumento da socialização promove-se através da, facilitação da capacidade de uma pessoa para interagir com outros indivíduos.

Encorajar maior envolvimento nas relações já estabelecidas, a paciência no desenvolvimento de relações, as relações com pessoas que tenham os mesmos interesses e metas, atividades sociais e comunitárias, a partilha de problemas comuns com outras pessoas, o envolvimento em interesses novos; auxiliar na auto percepção dos pontos fortes e as limitações na comunicação com os outros; entre outras (McCloskey et al, 2004).

## **4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos em ambas as valências da Clínica da Juventude, um primeiro subcapítulo para os resultados da consulta externa e um subsequente para os do Hospital de Dia.

### ***4.1. – ANÁLISE e AVALIAÇÃO das ENTREVISTAS desenvolvidas na Consulta Externa***

O processo de enfermagem implica uma avaliação constante de toda a prática clínica; uma vez que este proporciona dados e instrumentos fundamentais que orientam e guiam a prestação de cuidados

Este período do ensino clínico desenvolveu-se essencialmente em duas fases, uma primeira, que consistiu numa integração e adaptação à dinâmica e procedimentos da instituição, cuja dinâmica foi de observação, e que permitiu assistir a seis entrevistas de

avaliação diagnóstica ou de acolhimento, realizadas pelos próprios enfermeiros da instituição (nos dias 25-02, 03-03, 04-03, 04-03, 09-03, 28-03 de 2011). E uma segunda fase em que foram realizadas autonomamente, **seis entrevistas de acolhimento**.

Em cada uma das entrevistas foi elaborado um Genograma, contudo, e devido à limitação da extensão do trabalho, apresenta-se apenas um, como exemplo (**Figura I**).

Por uma questão de sigilo profissional os adolescentes serão identificados apenas pelas iniciais dos seus nomes próprios.

O objetivo das entrevistas visava avaliar os seguintes indicadores: encaminhamento, motivo da consulta, início e evolução das queixas, AVD's<sup>7</sup> alteradas, Necessidades/Dificuldades, Fatores Relevantes e Orientação/intervenção imediata, esquematizados nas **tabelas I, II, e III** que se podem consultar no *Anexo IX*; e ainda avaliar parâmetros referentes à observação do adolescente (Lopes, 2010 e Abreu, 2006), já anteriormente explanados, como se pode consultar nas **tabelas IV e V** no *Anexo X*.

Os jovens entrevistados foram, **Ca**, sexo feminino, 15 anos; **Be**, sexo masculino, 13 anos; **Ri**, sexo masculino 15 anos; **Cr**, sexo masculino, 14 anos; **Ba**, sexo feminino, 14 anos; e **So**, 15 anos. Vinham acompanhados por um dos cuidadores, mãe, pai, avó ou irmã. Vinham encaminhados pela(o) diretora(o) de turma e traziam relatório da Escola, ou então vinham por iniciativa da mãe com respetivo encaminhamento do Médico de família.

Os principais motivos para virem à consulta foram:

- **Ca** - **Dores intensas no peito** (sem fator desencadeante conhecido ou sem causa orgânica). **Diminuição do rendimento escolar** (7 negativas no 1º período). **Incumprimento de regras. Conflitos** entre ela e a mãe.
- **Be** - A mãe descreve que o Be tem tido uns episódios compatíveis com **ataques de pânico**, taquicardia, ansiedade intensa, suores frios, sem fator desencadeante conhecido ou sem causa orgânica). **Diminuição do aproveitamento escolar. Défice de**

---

<sup>7</sup> **AVD'S** - Atividades de Vida Diárias

**atenção/concentração** desde a infância. Dependência acentuada em relação à mãe. Insegurança, e dificuldade em exprimir emoções e sentimentos.

- **Ri** - **Heteroagressividade** física e verbal para os colegas de escola e para a mãe, distúrbios na sala de aula, perturba as aulas, “*é mal-educado para os professores*”, déficit cognitivo com **mau aproveitamento** (currículo adaptado desde início da escola, PIEF). **Agregado familiar muito disfuncional** e desfavorável à situação. Início de **alucinações** em Fevereiro de 2011. Ausência de crítica (*insight*) de ambos para a situação clínica.

- **Cr** - vai à escola mas **falta às aulas**. Perturba o funcionamento das aulas levando à expulsão da sala. Ultrapassou o limite de faltas. Desinteresse pelos estudos. Não cumpre planos individuais estabelecidos. **Conflituoso** com os pares e com os professores, com vários episódios de suspensão da escola. A mãe reforça os problemas escolares e acentua: “*ele nunca gostou da escola*”, “*é muito nervoso e bruto a falar, responde áspero e tem um feitio muito especial*”

- **Ba** - **Problemas de comportamento** em casa, de acordo com a mãe. Não cumpre regras de ninguém. “*acho que a minha filha tem uma perturbação de oposição/desafiante*”. “*É ótima aluna já esteve nos quadros de honra, exceto este ano que tem problemas de aproveitamento escolar, porque veio há 8 meses do Brasil*”. “*mas em casa não faz nada sem responder e ofender todos, cobra tudo de todos, e está sempre a ofender deliberadamente*”. “*Não tem amigos isola-se em casa e na escola afasta-se de todos*”. **De acordo com a B:** “*as tarefas lá em casa são todas para ela, a sua irmã e o seu meio-irmão não fazem nada. Ela é que é a faxineira lá de casa*”. “*Quer voltar para o Brasil para morar com a avó porque lá estão todos os amigos*.” “*Além disso, afirma que a mãe e a avó lhe batem por tudo e por nada*” (dado confirmado pela mãe).

- **So** - considera-se **obsessiva** em relação ao seu percurso académico, demasiado exigente, **perfeccionista**, sentindo-se muito frustrada se não é a melhor ou não faz parte do quadro de Honra. “*Sofro muito por antecipação e lido mal com as frustrações*.”

O início das queixas em quase todos os casos, surgiram numa fase precoce do desenvolvimento, mais concretamente durante a infância, especialmente os problemas relacionados com a aprendizagem. Os currículos escolares são na sua maioria adaptados embora isso nem sempre ajude a resolver o problema. Uma das adolescentes desencadeou problemas após morte da avó materna e outra após mudança de país.

Três dos jovens são acompanhados desde a infância por profissionais da área da saúde mental e dois fazem medicação, atualmente.

De entre as AVD's **alteradas** e necessidades ou dificuldades levantadas destacam-se: Autoconceito/autoestima, socialização, tristeza, comunicação, ansiedade, dificuldade em lidar com a frustração, perfeccionismo, padrão de sono, aprendizagem, relacionamento interpessoal com os pares e com os professores, expressão de sentimentos e emoções, alimentação, comportamento agressivo, alterações da senso-percepção e do conteúdo do pensamento, ausência de *insight*, ausência de juízo crítico, défice cognitivo, contacto de oposição e desafiador com cuidadores, com pares e professores, impulsividade marcada com passagem ao acto, e instabilidade emocional.

Foi aplicado o inventário CID de Kovac a **Be**, cujo resultado revelou **ineficácia** acima da média e sem alterações para **Ri**.

Dos Fatores Relevantes/Antecedentes pessoais e familiares, evidenciaram-se:

- **Ca** - Dificuldades em controlar os esfíncteres até aos 7 anos. Episódios de automutilação e ideação suicida. Passa muito tempo no computador desvalorizando os estudos e a socialização (a própria discorda), fator que pode contribuir para a insónia inicial. O pai está aparentemente demitido deste agregado familiar, muito ausente por motivos de trabalho.

- **Be** – seguido desde a infância, já esteve diagnosticado e medicado por Perturbação Hiperatividade Défice de Atenção dos 4 aos 10 anos. Atualmente não faz qualquer medicação. Como fatores positivos destaca-se, que, quer ser fotógrafo. Gosta de andar de skate e tem amigos fora da escola. A mãe demonstra uma grande angústia e desgaste emocional, e apela ao diagnóstico do filho na esperança de arranjar uma forma de o ajudar ao longo deste tempo todo (*"eu já recorri a tantos especialistas, que só queria que me ajudassem eu já não sei o que fazer"*). O pai está muito ausente, passa longos períodos fora de casa devido ao emprego, mas a mãe e o Be referem que a dinâmica familiar é funcional. Têm o apoio da família alargada. **Ele** descreve-se como: *"sou inquieto", "se pudesse saía da escola" e "tenho dificuldade em falar dos meus problemas", "gosto de mim", "é difícil tomar decisões", esforço-me com os trabalhos de casa, mas não consigo sozinho, "tenho um mau aproveitamento", "não me sinto só"*.

- **Ri** - Ambiente familiar disfuncional, com várias relações conjugais da mãe e agressão física de um dos companheiros da mãe ao Ri. Alienação parental. Avô paterno do Ri tem história de internamentos (possível esquizofrenia). O Ri e a sua mãe não estão nada motivados para esta consulta e só ali estão porque lhes foi imposto pela escola, mas não têm qualquer intencionalidade de aderir. Nada motivados para o risco desta heteroagressividade. Não existe qualquer contacto desta família com a família alargada e durante a entrevista fazem-lhe comentários depreciativos.

- **Cr** - Ambiente familiar pouco estruturante e com balizamentos parentais ambivalentes. Possível défice cognitivo relevante. Fracas relações com a família alargada. O Cr está integrado num curso profissional e frequenta um estágio numa quinta onde trata de animais, que refere "*eu gosto muito de tratar dos animais, na quinta, os meus problemas ficam lá fora*". Praticou futebol sobre o que afirma "*eu gostava, e era bom*", mas abandonou porque a mãe discutiu com o treinador. "*Agora não faço nada*". A mãe tem história de depressão sem tratamento e o tio materno suicidou-se.

- **Ba** - Dificuldade comunicação. Ambiente familiar tendencialmente agressivo e pouco securizante, com fraco reforço de afetos. Com poucos reforços positivos e fraca ampliação de competências da jovem.

- **So** - Divórcio dos pais e fraca relação com o pai. Desemprego da mãe quando ela tinha 13 anos. Discurso da mãe centrado na violência doméstica da qual foi vítima pelo pai da So. Início dos conflitos com o padrasto. Excelente aluna. Com crítica para a situação. Boa socialização. Tem namorado. Projetos estruturados para o futuro. Reconhece as suas competências. Reconhece que provoca o padrasto porque ele lhe faz lembrar o pai.

As **orientações e intervenções imediatas**, passaram por:

-  Promover o processo familiar e sempre que possível sugerir atividades comuns aos membros da família.
-  Estipulação de períodos de estudo e horários para atividades de rotina e de lazer
-  Incentiva-se a prática de uma atividade física
-  Incentiva-se a participação em atividades de lazer (música e outras).
-  Incentivam-se os cuidadores a fazer reforços positivos, a reforçar as competências.
-  Desmistificam-se e esclarecem-se dúvidas relacionadas com queixas somáticas e outras.

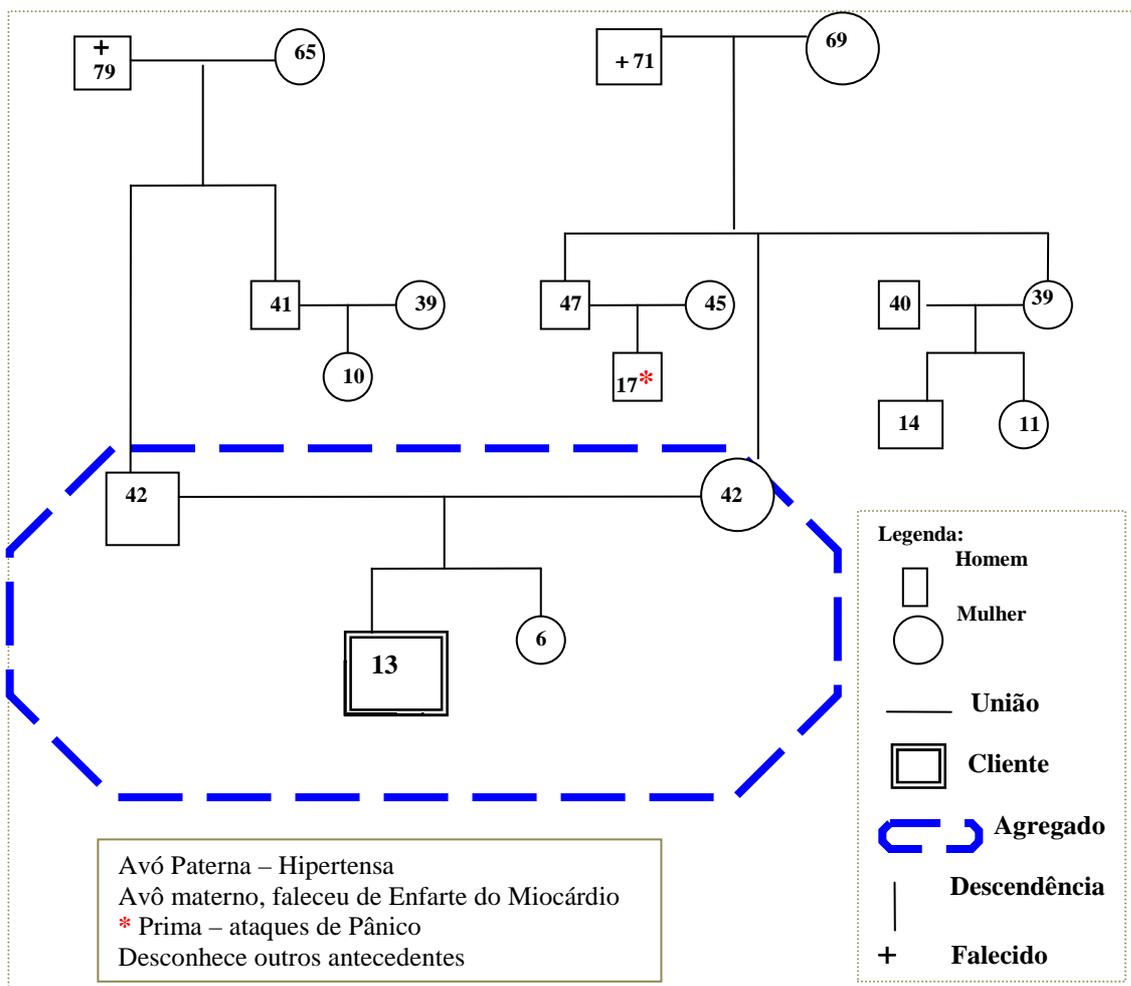
- ✎ Promove-se a catarse emocional bem como o suporte emocional.
- ✎ Reforça-se a necessidade de frequentar o sistema de ensino como meio conseguir ter uma profissão no futuro.
- ✎ Desmitifica-se a necessidade de psiquiatrizar, dando especial relevo à resolução das principais queixas.
- ✎ Encaminha-se para o Hospital de Dia.
- ✎ Reforça-se a necessidade de adotar uma alimentação saudável.
- ✎ Incentiva-se a promoção independência e da autonomia.
- ✎ Disponibiliza-se escuta ativa.
- ✎ Informa-se da perspectiva profissional em relação à situação.
- ✎ Orienta-se para a realidade, respeitando o sistema de valores e crenças.
- ✎ Reforça-se o risco implícito às alterações da senso-percepção e alterações do conteúdo do pensamento.
- ✎ Reforça-se a necessidade de manter acompanhamento com psicólogo e outros profissionais de saúde.
- ✎ Reforça-se a necessidade de manter acompanhamento psicológico.
- ✎ Disponibiliza-se suporte emocional e compreensão das dificuldades.
- ✎ Incute-se responsabilidade pelos próprios maus comportamentos, na escola, com os pares e professores.
- ✎ Aborda-se a necessidade de intervenção das CPCJ nos casos limite de comportamentos agressivos e abandono escolar.
- ✎ Reforça-se a necessidade do envolvimento e colaboração do próprio no sucesso do processo de recuperação.
- ✎ Disponibiliza-se empatia.
- ✎ Incentiva-se expressão de sentimentos.
- ✎ Ampliam-se competências e fazem-se reforços positivos às habilidades.
- ✎ Incentiva-se a comunicação funcional.
- ✎ Incentiva-se à resiliência.
- ✎ Gestão e promoção do autocuidado.

Um outro dado recolhido durante as entrevistas, diz respeito ao genograma, um instrumento de avaliação sistémica que serve para avaliar o cliente e a sua família, recolhe informações estruturais vinculativas e funcionais do sistema familiar, fornece

informações sobre os vários papéis dos seus membros e das diferentes gerações que compõem a família. Serve ainda para aumentar a “*awereness*” do indivíduo sobre a sua posição na família, das relações entre a família e a comunidade, e ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis.

Neste caso e dadas as limitações do trabalho, apresentamos apenas um dos genogramas, a título exemplificativo, referente ao adolescente Be. Através deste diagrama conseguimos compreender que o Be vive com os pais e com a irmã, que a família nuclear mantém relações com a família alargada (sendo que as avós dão suporte e apoio ao Be); e ainda que existe um prima do jovem que sofre de Ataques de pânico. Estes e outros dados conjugados com os que anteriormente apresentámos ajudou-nos a enriquecer a colheita de dados, e assim, fazer um avaliação diagnóstica mais fidedigna.

**Figura I - Genograma do Be**



#### 4.2. – ANÁLISE e AVALIAÇÃO das ATIVIDADES desenvolvidas no Hospital de Dia

Seguidamente serão descritas e analisadas, com algum pormenor, algumas das atividades levadas a cabo ao longo destes seis meses no Hospital de Dia.

**1 – Observação e participação numa Entrevista de Consolidação de Projeto** – de uma jovem que integrava o Hospital de Dia, realizada no dia 24-02 de 2011, e cujos objetivos passavam por rever o projeto elaborado no mês anterior. Esta entrevista contava com a presença da jovem e dos seus pais, e também do enfermeiro tutor. Para além de aferir objetivos anteriormente propostos, permitiu:

- ☒ Gerir frustrações tanto dos pais como da própria jovem;
- ☒ Inculcar um espírito de valorização de pequenas mas significativas melhorias no percurso desta jovem;
- ☒ Rever o contrato terapêutico pré-estabelecido;
- ☒ Ajustar regras e ajustar pormenores que correram menos bem;
- ☒ Fazer alguma orientação para a realidade,
- ☒ Incentivar os pais a adotar medidas de balizamento parental, flexíveis mas mesmo tempo, contentoras;
- ☒ Disponibilizar um espaço para a expressão de sentimentos de qualquer um dos elementos da família;
- ☒ Disponibilizar um suporte emocional.

Esta experiência profissional possibilitou uma aproximação à dinâmica familiar, facilitando em grande medida, a gestão da dinâmica familiar e uma orientação no balizamento parental.

**2 – Participação em quatro Reuniões de Hospital de Dia** (24-02, 03-03, 20-04-2011, 28-4-2011) às quintas-feiras de manhã, que tem como objetivos, o planeamento de intervenções, a supervisão dos trinta e cinco casos seguidos, a avaliação dos casos e por vezes à revisão e reestruturação dos projetos terapêuticos; são ainda, discutidos a admissão e alta clínica dos adolescentes. Como referido anteriormente, esta reunião contava com o apoio de uma equipa multidisciplinar, cujos profissionais e suas diversificadas abordagens e experiências, disponibilizavam uma avaliação e aferição das necessidades de cada um dos jovens admitidos. Normalmente o profissional de saúde

destacado como Tutor de caso, informava a equipa de determinadas intervenções levadas a cabo, quer fossem junto da família, na comunidade ou outras instituições.

Esta experiência profissional foi pautada por uma evolução pessoal e profissional, que se caracterizou por períodos de integração, adaptação e participação. Inicialmente toda esta dinâmica e todos os jovens eram desconhecidos, e houve necessidade de integrar a equipa e conhecer os jovens, mas progressivamente foi possível participar ativamente nas referidas reuniões e partilhar com a equipa as perspetivas pessoais e profissionais e toda a dinâmica que ia sendo testemunhada ao longo da participação nas atividades dos grupos, especialmente os mais acompanhados.

**3 – Observação e participação em algumas atividades relacionadas com a Gestão (management), participação na **articulação com instituições** sedeadas na comunidade, nomeadamente, escolas e instituições com saídas profissionais e ainda, **contactos para os pais** e dos pais para o enfermeiro tutor. Como referido anteriormente esta não foi uma atividade que tenha sido realizada de forma autónoma, na medida em que o período de ensino clínico previa-se inferior a qualquer um dos projetos, e o seu final poderia vir a ser entendido por determinados jovens como mais um abandono. De qualquer forma a simples observação e participação conjunta, permitiu concluir que esta medida é de extrema importância na aproximação e acompanhamento de cada um dos casos, pois permite ao enfermeiro uma atuação em diferentes áreas da vida do jovem, também uma forte consolidação na relação terapêutica.**

**4 – Participação na gestão e dinamização de duas sessões de Cineterapia – nos dias (25-02, 04-03), cujo principal objetivo consistia em mediar a discussão após o visionamento do filme. Esta atividade veio a revelar-se como mais uma possibilidade de avaliar os jovens e como estes percecionam as suas experiências e vivências, pois permitia-lhes identificarem-se com determinados pormenores do filme e transpô-los para a sua realidade.**

Durante o debate do grupo, o enfermeiro tinha a oportunidade de:

- Avaliar o espírito de grupo;
- Avaliar as leituras que cada um faz do filme;
- Avaliar como é que cada um vivencia situações particulares do seu dia a dia;
- Avaliar como é que cada um sente, gere e exprime os sentimentos e emoções;
- Identificar determinadas necessidades ou dificuldades;

- Facultar alguma orientação para a realidade;
- Gerir alguns sentimentos e emoções individuais e do próprio grupo;
- Disponibilizar suporte emocional, se necessário.

5 – Participação em dez Reuniões Clínicas (09-03, 16-03, 23-03, 30-03, 13-04, 27-04, 11-05, 18-05, 15-06, 29-06), às quartas-feiras. Onde os profissionais apresentavam casos clínicos de jovens que estavam a acompanhar, o que lhes permitia divulgar à equipa, quais as necessidades e dificuldades identificadas, qual o projeto desenvolvido com o jovem e sua família, e dispor de alguma supervisão por parte da equipa multidisciplinar. Neste espaço ficou bem patente a realidade da subjetividade de cada avaliação diagnóstica e também a plasticidade própria destas idades, que por um lado impossibilita a realização de um diagnóstico psiquiátrico, mas por outro lado, permite antever muitos fatores de risco que poderão evoluir para estados psicopatológicos, e que só com o *follow-up* será possível compreender melhor o percurso.

Esta experiência profissional permitiu o aprofundar novos conhecimentos, mais concretamente, na área da psicanálise e psicologias do desenvolvimento, áreas que se vieram a revelar como desconhecidas e de difícil compreensão em determinadas sessões, mas que ao mesmo tempo instigaram um espírito de procura através da revisão bibliográfica.

A experiência demonstrou-me que uma abordagem multidisciplinar é a mais eficaz, pois permite um olhar holístico sobre as diferentes áreas e necessidades dos jovens e suas famílias acompanhados na instituição.

6 – Participação e dinamização de Atividades Específicas – atividades que de alguma forma, promoviam o diálogo, facilitavam a comunicação e a expressão de sentimentos e emoções e que por isso se tornavam um instrumento indireto de avaliação diagnóstica, e ao mesmo tempo, espaços de intervenção terapêutica. De salientar a importância destas atividades, pois ao longo deste período, foram espaços que fomentaram “desabafos” dos jovens, importantíssimos para a sua recuperação.

- ✚ Recreativas ao ar livre, como passeios (passeio de barco no Campo grande), atividades lúdicas na comunidade (cinema, exposições). Que permitiram a coesão

do grupo, o estreitamento das relações terapêuticas entre jovens e enfermeiro e algum treino de competências sociais;

- ✚ **Jogos didáticos**, que estimulassem a criatividade e o raciocínio; e fomentassem a proximidade, a relação terapêutica, o conhecimento do grupo e a comunicação entre os elementos, entrar em sintonia com os outros, entre os mais comuns, matraquilhos, ping pong, futebol, jogo do lobisomem, “torre”, “mata”, “risco”, “monopólio”
- ✚ **Terapia ocupacional**, atividade moderadora de relação com os pares através dos materiais, trabalho com os materiais que se verifica ser um ótimo veículo para exprimir sentimentos e emoções, e ao mesmo tempo pode servir para reforçar positivamente as competências e as habilidades, entre as mais comuns desenho, a pintura, trabalhos com gesso e outros materiais; estes trabalhos implicavam a elaboração de um projeto, o que em certa medida, implicava alguma estruturação e avaliava a capacidade de execução.
- ✚ **Treino atividades de vida** (costura, culinária, trabalhos manuais);
- ✚ **Atividades ou dinâmicas de grupo** específicas, dirigidas, ao desenvolvimento do autoconhecimento<sup>8</sup>; ao aumento da autoestima<sup>9</sup>; resolução de problemas; treino de competências emocionais, entre outras.

7 – **Dinamização de três Atividades, Dinâmicas de Grupo**. - Estas dinâmicas são particularmente indicadas para favorecer o desenvolvimento de processos psicológicos, tais como, crescimento pessoal, amadurecimento e aprendizagem. Fornecem um nível base de estimulação capaz de ativar processos que permitem a tomada de consciência das dimensões intrapsíquicas e relacionais do funcionamento humano, e facilitam a aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros (Manes, 2003).

Consistiam em atividades ou dinâmicas de grupo propostas e dinamizadas autonomamente para os grupos, acompanhados mais frequentemente. Estas dinâmicas facilitaram o conhecimento informal, a avaliação diagnóstica subjetiva, a observação do grupo; e a avaliação diagnóstica específica, nomeadamente, da forma como os elementos do grupo se relacionam e inter-relacionam; a forma como reagem e se

---

<sup>8</sup> **Auto conhecimento** - consciencialização com as características específicas: perceção da disposição da pessoa para manter ou abandonar uma ação, ou seja, razão de primeira ordem para a ação (ICN, 2005).

<sup>9</sup> **Aumento da Autoestima** – assistência a pacientes para que aumente o juízo acerca do valor pessoal (McCloskey et al, 2004).

exprimem, as dificuldades que têm e como lidam com elas, as competências que têm, o seu autoconhecimento.

As necessidades e ou dificuldades dos jovens eram levantadas, fundamentalmente, durante a realização das restantes atividades ou espaços terapêuticos, anteriormente descritas; uma vez que, os materiais serviam como veículos ou mediadores da expressam de sentimentos.

As atividades propostas, tinham como premissas essenciais, o cumprimento de determinados objetivos, mais concretamente, o potencial para o desenvolvimento do autoconceito autoestima, do autoconhecimento, da socialização, e da interação do grupo. A descrição mais detalhada das atividades encontra-se em **Anexo XI**.

As dinâmicas de grupo levadas a cabo foram:

**“Exprimindo emoções e sentimentos”** (11-04-2011) - numa roda e sentados no chão, dizíamos uma palavra e atirávamos a bola a uma pessoa, por sua vez essa pessoa deveria dizer o mais rapidamente possível o que essa palavra lhe sugeria, e atirar novamente a bola a outro elemento. A dinamizadora ia incluindo novas palavras, de acordo com assuntos mais específicos que desejasse abordar ou avaliar.

Esta dinâmica facilitou a expressão de sentimentos e dificuldades de alguns jovens com mais dificuldades de expressão, e colocou em perspetiva alguns assuntos por vezes mais difíceis de abordar.

Foi particularmente útil na abordagem à jovem **J**, pela necessidade que ela tem de exteriorizar o seu sofrimento e não o conseguir fazer de uma forma espontânea, direta e assertiva (sem se automutilar ou abusar de álcool e drogas), pelo que este jogo pode ter sido um mediador indireto de o fazer. No parágrafo seguinte apresenta-se um extrato dos registos elaborados após a atividade.

À palavra “amor”, a **J** respondia “ódio” e atirava imediatamente a bola com imensa força; “família” ela respondia “adoção”; “alegria” com “tristeza”; “amizade” com “traição”. A diferença foi acontecendo e a dada altura, o V lançou-lhe a bola com “amor” ela hesita e devolve-lhe a bola com “amizade”. Com um rosto francamente mais sorridente no final do jogo, com uma expressão menos angustiada, questionamos se valeu a pena jogar, se ajudou a minimizar o sofrimento e ela responde *“sim, ajudou! É pena que quando chegue a casa volte tudo ao mesmo”*.

**“O monopólio das emoções”** (18-05-2011) – tal como o outro monopólio era distribuído dinheiro e existia um tabuleiro onde se dispunham casas que alternavam com figuras ilustrativas de desejos e medos. Cada um dos participantes deveria lançar os dados e ir seguindo pelas casas. Primeiro pedia-se ao jovem que identificasse se a casa correspondia a um desejo ou a um medo, e em função dessa identificação, atribuísse um valor (monetário), consoante era um medo ou desejo, de leves a intensos. Este jogo permitiu conhecer ainda melhor o grupo e como cada um vivência as diferentes vertentes ou vicissitudes da vida.

Desejos do painel: ter amigos, ser feliz, ter um carro, ter uma profissão, ser amado, entre outras.

Medos do painel: ser discriminado, ficar só, não ter amigos, não ser amado, não ter uma profissão.

Concluiu-se que:

- A S tem muito medo de ser discriminada e ficar só, deseja muito ser amada e ter amigos.
- A Ba quer muito ser amada, ter uma profissão (o seu maior desejo), ter uma família, tem muito medo de não ter uma profissão e ficar só.
- O G quer ter um bom carro (Peugeot 206), quer muito ter amigos, tem muito medo de ficar só, ser discriminado e não ter uma profissão (o seu maior desejo é vir a ter uma profissão).
- O V quer muito ter amigos, não se importa de ser discriminado, tem muito medo de não ser amado (o seu maior desejo é ser amado) e de ficar só.

Quando questionados sobre a pertinência da atividade, todos concordaram que tinha sido bom falar dos medos e dos desejos, que ajudava a conhecer-se e a conhecer os outros.

Sentiu-se que todos se envolveram e participaram na atividade e refletiram um pouco mais sobre si próprios e sobre o grupo.

### **“E tu, que animal és?”**

**Objetivo:** Compreender a relação entre o modo como os outros nos veem e o modo como nos percebemos a nós próprios.

**Resultado** - Um incremento no autoconhecimento modulado pelas próprias perceções e pelas perceções do grupo.

### **Descrição**

**1ª fase** – Escrever os nomes de cada um dos elementos numa folha, seguidamente distribuir as folhas de modo a que cada um fique com a folha de um outro colega.

**2ª fase** – Cada um desenha e escreve o nome de um animal que tenha as características psicológicas e comportamentais do colega cujo nome está escrito na folha. (anónimo).

**3ª fase** – Recolhidos os desenhos, o dinamizador fá-los circular, 1 a 1 pelo grupo.

**4ª fase** – Numa folha grande escrevem-se todas as observações relativas ao desenho e às características do animal-pessoa.

**5ª fase** – Distribui-se uma folha em branco e agora pede-se a cada um que represente o animal que melhor representa o modo como se vê a si próprio.

**Duração:** 1h e 30m

**Local:** Sala de atividades do HD

Esta dinâmica foi aplicada em dois momentos e a dois grupos.

#### **Participantes e idades:**

**1º grupo** - J (16anos), D (15anos), R (16anos), A (14anos). Realizada no dia 16-05 de 2011.

**2º grupo** – Ba (16anos); S (15anos); V (16anos); G (15anos); D (16anos); A (15anos). Realizada no dia 01-06 de 2011.

#### **No final da sessão colocaram-se as seguintes questões aos participantes:**

- Como se sentiram quando falaram deles próprios?
- Como se sentiram quando tiveram que se caracterizar?
- Na sua opinião, qual a utilidade deste exercício?
- O que gostariam de mudar neles próprios?
- O que tinha achado da dinâmica de uma forma geral?

Seguidamente será apresentada uma tabela que pretende esquematizar alguns dos resultados desta dinâmica, apresentam-se apenas 4, dada a limitação do trabalho, os restantes resultados encontram-se no *Anexo XI*.

**Tabela I** – Descrição de alguns dos resultados da Dinâmica “E tu, que animal és?”

<i>Como os outros me vêm</i>	<i>Como eu me vejo</i>
<p><i>Cão</i> _____ V</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Amigo (grupo) _____ Acha que sim</li> <li>_ Companheiro (g) _____ Concorda</li> <li>_ Leal _____ Concorda</li> <li>_ Teimoso (g) _____ Muitooooooooooooo</li> <li>_ Esperto (g) _____ Sim</li> <li>_ Comilão _____ Muito</li> <li>_ Melhor amigo do homem _____ Na Net; ele é o seu próprio inimigo</li> <li>_ Chato _____ Às vezes</li> <li>_ Afectuoso _____ Sim</li> <li>_ Dependente (g) _____ Muitooooooooo</li> <li>_ Brincalhão (g) _____ Sim</li> <li>_ Carinhoso _____ Mais ou menos</li> </ul>	<p>V _____ <i>Cão</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Tudo o que foi dito pelo grupo</li> <li>_ Emotivo</li> <li>_ Um bocadinho histérico....</li> </ul> 
<p><i>Hamster</i> _____ B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Curiosa (grupo) _____ Acha que sim</li> <li>_ Ativa/hiperativa (nalguns dias) _____ Concorda</li> <li>_ Estilosa (grupo) _____ Às vezes</li> <li>_ Carinhosa (grupo) _____ Concorda</li> <li>_ Dorminhoca (grupo) _____ Sim</li> <li>_ Comilona (grupo) _____ Sim</li> <li>_ Brincalhona (grupo) _____ Sim</li> <li>_ Irritante (nalguns dias) _____ Concorda</li> </ul>	<p>B _____ <i>Cão</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Amiga</li> <li>_ Gosta de estar com os companheiros</li> <li>_ Brincalhona</li> <li>_ Fiel</li> <li>_ Engraçada</li> <li>_ Gosta de ajudar</li> </ul> 
<p><i>Suricata</i> _____ G</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Reguila (grupo) _____ Ele acha que é mais ou menos</li> <li>_ Atento (grupo) _____ Concorda</li> <li>_ Vigilante (grupo) _____ Discorda</li> <li>_ Medroso (grupo) _____ Discorda</li> <li>_ Giro (grupo) _____ Concorda</li> <li>_ Vive em comunidade (grupo) _____ Concorda</li> <li>_ Trabalhador (grupo) _____ Concorda</li> <li>_ Gosta de se divertir (grupo) _____ Sim</li> </ul>	<p>G _____ <i>Kuala</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Calmo</li> <li>_ Dorminhoco</li> <li>_ Gostam de estar no seu canto</li> <li>_ Fofa</li> </ul> <p>O grupo acha que é lento mas eficaz, curioso e familiar</p> 
<p><i>Corvo</i> _____ J</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inteligente _____ Sim</li> <li>- Ligado às trevas _____ Identifica-se</li> <li>- Leal _____ Sim</li> <li>- Ataca os mais fracos ___ Ataca para se defender</li> <li>- Tem uma conotação negativa</li> <li>- Procura coisas brilhantes</li> <li>- É escuro _____ Identifica-se</li> <li>- Quando quer passa despercebido ___ Identifica-se</li> <li>- Vive durante a noite (notívaga) ___ Identifica-se</li> </ul>	<p>J _____ <i>Lobo (lone-Wolf)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Noctívaga</li> <li>- Gosta de lugares calmos (refúgios como o bosque)</li> <li>- Esquiva (difícil de encontrar)</li> <li>- Inconstante (quando acha que as pessoa a estão a - conhecer retira-se) estrategicamente)</li> <li>- Tem dificuldades em confiar</li> <li>- Protetora (em relação a sai e aos outros)</li> <li>- Líder natural</li> <li>- <b>GOSTA DE SI PRÓPRIA</b></li> </ul> 

8 – Dinamização Partilhada de onze **Atividades, dinâmicas de grupo**. Que consistiam em atividades ou dinâmicas de grupo propostas por outros elementos da equipa ou

outros alunos em estágio, mas que eram dinamizadas por, pelo menos, dois profissionais de saúde. A descrição mais detalhada das atividades encontra-se no *Anexo XII*.

“**Apresentação por meio de imagens**” (28-03-2011) – consiste em fazer a sua caracterização, por meio de recortes de imagens (revistas) ou palavras fazendo colagens numa cartolina, e posteriormente expor os resultados ao grupo. O objetivo é diminuir a dificuldade de autoanálise, de exprimir apreciações sobre si próprio e sobre os outros; melhorar o autoconhecimento e facilitar a coesão do grupo. Esta atividade demonstrou ser um ótimo dinamizador e um modo informal mas suave de se apresentarem uns aos outros

“**A Palavra Chave**” (30-03-2011) - consistia em definir por meio de recortes de imagens, determinadas palavras distribuídas aleatoriamente pelos adolescentes, no início da sessão, tais como, amor, tristeza, impulsividade, felicidade, degradação, inteligência, amizade, liberdade, diálogo, justiça, verdade, companheirismo, bravura, ideal, entre outras.

“**Treino da assertividade**” (10-05-2011). Foram propostas diversas situações do dia a dia e era pedido às jovens que duas a duas recriassem (*role-playing*) a situação, o objetivo era compreender e debater se as atitudes de cada um dos elementos, se adotavam atitudes agressivas, passivas ou assertivas.

A 1ª situação proposta foi: Num restaurante, já ao fim de algum tempo de espera o empregado trás a comida e a mesma vem fria. Sugere-se então que uma das jovens encarne o papel de empregado de mesa e outra de cliente.

A 2ª situação era a de dois colegas, em que um deles tinha de criticar o trabalho do outro. O objetivo era o de analisar como é que cada uma delas criticava o trabalho e seguidamente como é que reagiam às críticas.

A 3ª situação e a mais polémica, uma mãe que tenta proibir a filha de jogar computador para que ela vá estudar, pois as suas notas estão muito más.

“**O anúncio**” (11-05-2011) - pretendia-se que cada um descrevesse características individuais, que quando anunciadas despertassem interesse aos outros para serem seus amigos, as descrições eram fechadas num envelope e depois lidas em voz alta, no

sentido de permitir a identificação por parte do grupo. Incentivou o diálogo e a análise de grupo das características descritas, e promoveu o reforço positivo e autoestima.

O G, escreveu: “bom amigo, falo pouco, sou leal”.

A C escreveu: “divertida e calma”.

A S escreveu: “extrovertida, amiga do meu amigo, conselheira, brincalhona, ajudar os outros, sair e conversar com os amigos, estar sempre para os meus amigos”.

A Ba escreveu: “gosto de ajudar as pessoas, conversadora, brincalhona, risonha”.

**“Desenhar a partir dum ponto negro numa folha em branco”** (18-04-2011) - permitiu avaliar a criatividade, a tomada de decisão, a capacidade de execução, a capacidade abstrata, avaliar competências e habilidades; possibilitou ainda, ampliar competências através da estimulação e reforços positivos. Uma vez mais colocou em evidência a espontaneidade para o diálogo, para a reatividade emocional, a expressão de sentimentos, emoções, necessidades e neste caso concreto possibilitou a sensibilização para a comunicação funcional.

**“Elaborar uma história em conjunto”** (11-05-2011) – o 1º elemento escreve o início e cada membro subsequente dá continuidade, sendo que cada um só lê o que o anterior escreveu, no final a história é lida em voz alta.

**“Não faças aos outros o que não gostarias que te façam a ti”** (11-05-2011) - consistia em atribuir partidas a um determinado elemento do grupo que no final se viria a revelar que quem tinha atribuído a partida deveria executá-la. Esta dinâmica gerou muitos risos e comentários engraçados, mas nenhum dos jovens se dispôs a cumprir o que tinha planeado para o outro.

**“Escudo”** (18-05-2011) - numa folha dividida em 6, cada um dos participantes deveria escrever:

- ☆ O que consegui fazer este ano de positivo;
- ☆ O que gostava de ter feito;
- ☆ O lema de vida;
- ☆ A sua insígnia ou divisa;
- ☆ Um desejo para agora,
- ☆ Desejos para os próximos 10 anos.

O objetivo do jogo era promover o autoconhecimento, falar sobre as dificuldades atuais e projetar o futuro. Um ponto comum a todos os desejos era o voltar à escola (A), ou passar de ano (G, S e B). Todos viam como positivo ter voltado à escola e no caso do A ele via como positivo estar no Hospital de Dia.

Em determinado momento e enquanto falávamos com a S sobre o fato, dela achar que era uma coisa positiva ter voltado à escola, ela acaba por confidenciar que tem sido muito difícil ir à escola. Refere que tem sido vítima das agressões verbais e físicas de uma colega do 9º ano e que não se tem sentido bem com a situação, que passa os intervalos na biblioteca escondida e que não quis contar aos professores, por receio de retaliações.

“**O ídolo**” (06-06-2011) – uma vez mais o objetivo era avaliar a percepção que cada um dos jovens tem dos outros e também de si mesmo, ou seja incrementar o autoconhecimento e o conhecimento do grupo, contudo desta vez a tarefa era identificar-se com uma figura famosa. Cada um dos jovens devia pensar numa personagem famosa (desenho animado ou pessoa), com a qual se identificasse e num tempo pré-estabelecido deveria descrever as razões pelas quais se identificava com a pessoa escolhida.

Esta atividade promoveu o diálogo e a troca de experiências entre alguns elementos e foi muito interessante conhecer as perspectivas que cada um tem de outras pessoas, especialmente as que têm alguma influência na sociedade.

Durante este debate aproveita-se para reforçar que é muito importante que saibam o que querem (que tenham objetivos de vida bem definidos) para mais facilmente terem resultados satisfatórios e tornarem-se pessoa mais capazes e eficientes.

“**A ilha**”.(08-06-2011) - os objetivos do jogo eram:

- Promover o autoconhecimento;
- Avaliar e promover a coesão do grupo;
- Avaliar a capacidade de liderança;
- Avaliar a capacidade de partilha;
- Avaliar e promover a criatividade e a imaginação;

Procedimentos:

1. Imaginar que são náufragos de uma embarcação;
2. Escolher 3 objetos que considerem indispensáveis;

3. Uma vez na ilha descobrem que esta é habitada por uma tribo e os seus problemas de falta de alimentação ou água não se colocam;
4. O grupo é incentivado a escolher um líder para dialogar com o chefe da tribo e ser o responsável por providenciar a alimentação que tem que ser adquirida numa ilha vizinha;
5. Todos devem abdicar de um objecto que servirá para trocar pela alimentação e água;
6. Uma vez alimentados, o chefe da tribo propõe que cada um dos elementos escolha uma carta (caracterização; objetos mágicos; espaços; palavra-chave; personagens humanas; ou personagens animais) e que a partir dessa carta conte uma história do seu meio/mundo;
7. Imaginar que um barco atraca na ilha e se trata de um capitão vindo do seu mundo, com o objetivo de os levar de volta; no entanto eles terão que dar um objecto em troca.
8. Avaliar a atividade.

A atividade correu bastante bem, todos eles participaram equitativamente. Todos verbalizaram ter gostado e todos o demonstraram ao longo da mesma.

A coesão do grupo foi evidente, bem como o espírito de sobrevivência.

Coisas que poderiam ser acrescentadas: Eu sugeri que, uma vez na ilha cada um dos elementos deveria pensar, de que forma poderiam contribuir com tarefas para aquela tribo. Que habilidades teriam, cada um deles, que trouxesse algum ganho à tribo. Pois esta seria uma possibilidade deles refletirem sobre as suas competências e em grupo promover alguma ampliação das mesmas.

“**Profissões na ilha**” (15-06-2011) - o objetivo era escolher profissões e defender a sua utilidade na nossa sociedade e em caso de ficarem isolados numa ilha.

**9 – Assistir a três Reuniões Clínicas no Hospital Dona Estefânia** - que se realizavam na primeira quarta-feira de cada mês e que consistia em apresentar alguns casos clínicos, ou apresentar algumas ações de formação. Assistiu-se a uma ação de formação sobre Estigmatização (02-03- 2011) e a duas apresentações de casos clínicos (06-04, 04-05-2011), sendo que uma delas sobre um jovem que esteve internado no serviço de pedopsiquiatria e foi integrar o Hospital Dia. O que possibilitou compreender o percurso deste jovem e as vantagens de se optar por este projeto.

10 – Assistir a uma **Entrevista de Acolhimento para o Hospital de Dia** – no dia 28-04 de 2011, que consistia em acolher o jovem A, que veio a integrar o grupo de 2ªfeira e sua mãe, fazer uma avaliação diagnóstica da sua situação, explicar regras e procedimentos da instituição e apresentar o serviço.

## **5 – ANÁLISE E AVALIAÇÃO CLÍNICA FINAL DAS INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS**

Apesar da autonomia, ao longo de todo este processo, todos os dados recolhidos eram sujeitos à supervisão da Enfª. Fernanda, no sentido de serem aferidos e validados. Neste sentido, a avaliação das atividades era colocada em prática ainda no terreno, onde eram também, debatidas algumas técnicas interventivas e dissipadas dúvidas.

Contudo, ultrapassada esta fase, procedia-se à reflexão e análise crítica com o objetivo de avaliar cada uma das entrevistas. Esta análise e avaliação da interação, era subjetiva e passava por avaliar se todos os critérios da avaliação diagnóstica eram preenchidos ou satisfeitos, ou seja, a concretização da avaliação diagnóstica, de acordo com os indicadores acima descritos.

A avaliação clínica das intervenções realizadas no Hospital de dia, revelou-se ainda mais subjetiva do que as intervenções desenvolvidas na consulta externa. Para além da aferição e validação dos resultados, com a supervisora clínica, procedeu-se à análise e avaliação de cada um dos casos dos dez adolescentes acompanhados e elaborou-se uma breve descrição dos mesmos. O principal objetivo era o de compreender o percurso e evolução do adolescente e assim, avaliar possíveis melhorias ou não no seu processo de recuperação.

Uma vez mais e pela limitação da extensão do trabalho, apresenta-se aqui uma breve síntese da avaliação de alguns dos parâmetros ou indicadores aferidos ao longo do ensino clínico, uma descrição mais detalhada de cada um dos adolescentes acompanhados encontra-se no *Anexo XIII*.

Dos 10 adolescentes acompanhados durante o ensino clínico, quase todos apresentavam um aspeto cuidado, e vestuário adequado à facha etária, exceto uma jovem cuja apresentação indicava pouca feminilidade, o seu cabelo estava quase sempre despenteado e o vestuário era pouco próprio do sexo feminino optando por roupas largas.

Inicialmente quase todos apresentavam uma postura algo defensiva e um pouco superficial, mas de uma forma gradual todos foram permitindo o estabelecimento de uma relação terapêutica.

Nenhum deles apresentava tiques nem maneirismos.

O humor variava entre o deprimido, com fácies triste e evitamento do contacto visual, mais evidente numa das jovens; o humor expansivo em dois dos casos; e o eufímico na maioria dos adolescentes. Nos casos limite, as situações eram referenciadas ao médico assistente e em caso de necessidade o esquema terapêutico era ajustado. Nalguns casos o simples diálogo em grupo ou com um técnico de referência ajudava a melhorar os níveis de humor. Em casos de humor irritável propôs-se uma abordagem de identificação de fatores desencadeantes e respetiva resolução do problema, tarefa que nem sempre se veio a revelar fácil ou com sucesso.

Todos os adolescentes apresentavam significativas dificuldades na expressão de sentimentos, ou até mesmo dificuldade para interpretar ou reconhecer algumas emoções, no entanto verificou-se uma melhoria muito expressiva na forma como os jovens passaram a comunicar. Para melhorar esta dificuldade foram propostos variadíssimos momentos de autoconhecimento.

Todos apresentavam contacto sintónico.

A linguagem não era adequada especialmente no caso daqueles que apresentavam alterações do pensamento e ou da senso-perceção; ou daqueles que demonstravam alguma heteroagressividade verbal. Um dos jovens apresentava dificuldades de articular frases ou palavras.

O discurso era incoerente nos casos de alteração da senso-perceção e do pensamento mas organizado na sua maioria. Alguns deles apresentavam discurso tendencialmente negativista e de desesperança, pelo que foram propostas algumas atividades no sentido de incrementar a autoestima e autoconfiança dos adolescentes; e cujos resultados se foram revelando positivos ao longo dos seis meses de ensino clínico. De distinguir

também o próprio reforço do grupo através da verbalização de experiências individuais de cada um dos casos que muito contribuiu para a promoção da resiliência.

Nenhum deles apresentava alterações, da consciência de si ou do corpo.

Duas jovens apresentavam alterações da forma e conteúdo do pensamento e da senso-percepção, e outros dois já tinham apresentado sintomatologia compatível com psicose tóxica.

Vinham encaminhados da consulta ou do internamento.

Uma minoria tinha crítica ou *insight* para a sua situação clínica, e poucos tinham também juízo crítico.

Alguns dos jovens apareciam no Hospital de Dia e apresentavam-se muito sonolentos, segundo referiam porque passavam as noites ao computador, a fumar e a beber. Sobre este ponto, foram desenvolvidas inúmeras sessões de diálogo e sensibilização sobre hábitos de vida saudável, fatores de risco e incentivada a partilha de vivências pessoais, expressivas das consequências dos estilos de vida menos saudáveis, nomeadamente, aparecimento de sintomatologia psicótica. A avaliação destas iniciativas vieram a revelar-se positivas, embora em muitos dos casos exista a necessidade de um acompanhamento contínuo e uma vigilância próxima por parte dos profissionais e até mesmo dos cuidadores.

O controlo de impulsos, com episódios compulsivos de consumos de tóxicos e álcool, comportamentos de auto-mutilação e comportamentos autodestrutivos, estão entre alguns dos comportamentos apresentados, pelo que alguns dos jovens eram sujeitos a rastreio e despiste de testes à urina e quando necessário, o esquema terapêutico era ajustado. Uma vez mais foram propostas algumas atividades cuja intencionalidade terapêutica era a adopção de comportamentos assertivos e saudáveis.

Alguns estavam medicados com estabilizadores do humor, antidepressivos, ansiolíticos, e antipsicóticos e um dos focos de atenção dos Enfermeiros era avaliar a necessidade de ajuste terapêutico.

Na sua maioria não conseguiam ir à escola, estavam em recusa escolar, tinham fraco aproveitamento escolar e muitas dificuldades na aprendizagem. O contacto com as escolas e com os professores de referência, permitiram muitas vezes adequar o nível de exigência possível para cada um deles e noutras casos encontrar cursos motivantes para os que estavam em recusa escolar. Infelizmente só dois dos casos se verificaram de sucesso, com o regresso à escola de uma jovem ao fim de um ano, e a transição de ano de outro que estava em dificuldades.

As dificuldades estruturais na dinâmica familiar, foram sendo analisadas individualmente em equipa multidisciplinar e resolvidas na medida do possível.

As dificuldades de socialização e isolamento social foram sendo minimizadas ao longo da participação nos grupos e através do incentivo na participação de atividades de lazer fora da instituição.

De uma forma geral todos os jovens melhoraram a sua interação com o grupo e especialmente com os técnicos e a sua capacidade de exprimir sentimentos e emoções.

Alguns dos níveis de ansiedade foram sendo reduzidos permitindo a proximidade dos profissionais, nomeadamente o toque; a melhoria da comunicação, da auto-confiança e do autoconceito autoestima e conseqüentemente a sua capacidade de funcionalidade e o seu processo de transição.

## 6 – ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS

Este capítulo é o espaço dedicado à análise pessoal e individual onde se fará uma reflexão, sobre a evolução do processo de aquisição de competências. Procuraremos, então, descrever de que forma este ensino clínico contribuiu para o crescimento pessoal e profissional.

A competência não se vê, pressente-se, manifesta-se no desempenho competente, o que a torna difícil de avaliar. Como nos sugere Alarcão (2001), ser competente é ser possuidor de um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, objetivos e atitudes que se revelam nos níveis de desempenho adequados às circunstâncias.

O avanço no conhecimento requer que o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, incorpore continuamente os novos conhecimentos científicos na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aprofundar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.

Por sua vez, Benner, (2001, p. 32), sustenta que, *“o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos, (...) teoria e pelo registo do «saber fazer» existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina.* Pois, tal como afirma Lopes (2006), a passagem de padrões de saber, a padrões de conhecimento, depende de um processo de nomeação, de partilha e de sujeição dos saberes pessoais a critérios aceites pela comunidade.

Assim, nesta etapa final estamos confiantes de ter contribuído para o cumprimento destes pressupostos, na medida em que dirigimos a intervenção aos adolescentes e suas famílias e acreditamos de ter contribuído para a uma otimização e recuperação da sua saúde; ter ajudado no seu processo de transição; e auxiliado no seu processo de autonomia e crescimento pessoal. Além disso, durante todo o ensino clínico, partilhámos os dados recolhidos com a equipa multidisciplinar, com os pares, e

sujeitámos o material clínico recolhido à supervisão clínica e pedagógica; fatores que em conjunto com a elaboração deste relatório, consideramos ser fundamentais na partilha de saberes, no processo de nomeação e na construção de um corpo de saberes que promovam a autonomia da Enfermagem. Como afirmava Benner (2001) as práticas crescem através da aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos dos cuidados.

O Modelo de Desenvolvimento Profissional preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, contempla e enquadra as várias competências do enfermeiro especialista e as competências específicas da Especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria, esses domínios das competências e respetivos objetivos orientam a prática clínica para a construção de um percurso pessoal e profissional do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria.

Com base na análise do referido documento, colocámos em perspetiva a análise e avaliação das competências desenvolvidas ao longo deste ensino clínico, ao nível da avaliação diagnóstica, planeamento e intervenção de cuidados, avaliação, formação e investigação. Concluímos então que, estas se apresentam como unidades mutáveis, flexíveis e em constante evolução. Neste sentido, a prática clínica não encerra em si mesma a prossecução absoluta dos objetivos definidos, mas permite o início de um percurso de especialização e formação que irá decorrer ao longo de toda a vida profissional do enfermeiro.

Seguindo esta linha de pensamento, acreditamos, ter desenvolvido competências de avaliação diagnóstica, de planeamento e intervenção de enfermagem e de avaliação da relação terapêutica. Estas competências foram desenvolvidas através da realização de atividades ao longo do ensino clínico, como, a realização de entrevistas de acolhimento, intervenções e orientações imediatas, e a participação nos grupos terapêuticos. Estas promoveram o desenvolvimento de capacidades e atitudes como a escuta ativa, vontade de não julgar, empatia, aceitação, respeito, autenticidade, esperança, entre outras.

As entrevistas revelaram-se momentos de intensa aprendizagem, mas também, geradores de alguma ansiedade e muitas dúvidas, especialmente nos momentos de disponibilizar intervenções e orientações, e para isso contribuiu em grande parte a

inexperiência nesta área da adolescência e a escassez de conhecimentos relacionados com os modelos de intervenção adotados na clínica, nomeadamente psicanálise e psicologia de desenvolvimento. De realçar que tal como outras dificuldades que surgiram ao longo deste período, também esta foi superada, em parte, com a ajuda da supervisora clínica, que se revelou uma referência na área, motivando e reforçando positivamente todo o percurso empreendido. Por outro lado, aponta-se a própria ignorância e vontade de obter conhecimentos específicos da área, como um impulsionador na aquisição de saberes, sejam eles práticos ou teóricos.

Uma das grandes dificuldades iniciais, prendia-se com o facto de não estarmos autorizados a consultar os processos dos adolescentes acompanhados no Hospital de Dia, pois vínhamos numa prática clínica em que usualmente recorriamos aos diagnósticos como ponto de partida para a prestação de cuidados. Contudo, esta impossibilidade de consultar os processos, veio a revelar-se uma fonte de transformação, pois possibilitou-nos o desenvolvimento de uma capacidade quase inata de compreender cada indivíduo holisticamente, na sua forma única de viver o processo de saúde ou doença, a maneira como o percebe e quais os recursos de que dispõe para ultrapassar as dificuldades.

A relação estabelecida com os adolescentes foi na maioria dos casos, de cariz empático, de aceitação mútua, embora por vezes tenha suscitado algumas dúvidas, isto talvez por não terem sido aplicados instrumentos de avaliação que validassem as interações; uma vez que a única avaliação que se efetuou foi a subjetiva, e obviamente, a aferição e validação com a supervisora clínica. Convencidos da mais-valia destes instrumentos, anotamos a sua ausência como fator menos positivo neste processo de aquisição e desenvolvimento de competências.

Ao longo deste período, adotámos uma constante postura reflexiva, cruzando a fundamentação teórica, recolhida através da pesquisa bibliográfica, com a prática vivenciada, o que permitiu agir com maior autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das intervenções planeadas e utilizar o pensamento crítico e reflexivo na análise e resolução de problemas.

Em conformidade com Benner (2001), a recolha das narrativas e a reflexão interpretativa das mesmas, permite a descoberta de novas competências e novo conhecimento, a identificação de obstáculos às boas práticas e identificação de áreas de excelência. Para facilitar o processo reflexivo e desenvolver o autoconhecimento, propusemo-nos a elaborar uma reflexão crítica, diária, que posteriormente sujeitávamos à avaliação da supervisora clínica e do supervisor pedagógico; onde refletíamos sobre a ação, analisando cada interação, quer no contexto das entrevistas, quer em contexto de grupo de adolescentes.

Os tópicos dessa reflexão, exploravam questões como, Como me senti?; Como senti o outro (s)? O que correu bem ou mal? O que necessito melhorar? Disponibiliza escuta ativa? Disponibiliza suporte emocional? Disponibiliza orientação e intervenção adequada? Como forma de compreender melhor o processo de aquisição de competências, especialmente no decurso da realização das entrevistas, elaborámos uma tabela elucidativa de todo o processo, mas que por questões de organização vem em *Anexo XIV*.

O autoconhecimento apresenta-se como uma competência de extrema relevância para a prática clínica, pois permite que o enfermeiro se percecionem num todo inserido num contexto, e permite a tomada de consciência de vários fatores que poderão influenciar a interação com o outro, seja este, cliente, família ou profissional da equipa multidisciplinar. O enfermeiro especialista mantém uma preocupação constante relativamente às respostas humanas do cliente, bem como aos fatores protetores e fatores de risco inerentes à existência da pessoa. Deste modo, mantém a constante avaliação do outro e as implicações e impacto que estes têm na saúde mental.

Imbuídos no espírito de Dewey (1959), que sustenta que a melhor maneira de se pensar, é através do pensamento reflexivo, ou seja, a espécie de pensamento que consiste em examinar mentalmente o assunto e dar-lhe consideração séria e consecutiva. Acreditamos que este processo reflexivo se revelou como um instrumento fundamental para o desenvolvimento da prática clínica, constituindo-se como um importante instrumento para o desenvolvimento pessoal e profissional, na medida em que contribuiu para avaliar o desempenho profissional e delinear estratégias que promovam a qualidade dos cuidados.

Não poderíamos deixar de fazer alusão às teorias de Schön (1992), sobre a prática reflexiva, uma vez que, acreditamos que ela vem reforçar a necessidade de expandir esta prática entre os enfermeiros, pois a suas vantagens são evidentes. Assim ele defende que, é ao refletir sobre a ação que se consciencializa o conhecimento tácito, se procuram crenças erróneas e se reformula o pensamento. A reflexão sobre a reflexão na ação, é aquela que ajuda o profissional a progredir no seu desenvolvimento e a construir a sua forma pessoal de conhecer. Trata-se de olhar retrospectivamente para a ação e refletir sobre o momento da reflexão na ação, isto é, sobre o que aconteceu, o que o profissional observou, que significado atribui e que outros significados, pode atribuir ao que aconteceu.

Em bom rigor, a prática reflexiva deve ser implementada como um instrumento ou uma técnica auxiliar aos enfermeiros, pois como afirma Alarcão (2001), ajuda-os a libertarem-se dos comportamentos impulsivos e rotineiros; Permite-lhes atuar duma maneira intencional e deliberada; e distingue-os como seres humanos informados visto ser uma das características da ação inteligente.

Uma outra competência do enfermeiro especialista passa pelo desenvolvimento de programas de intervenção relacionados com o adolescente, a família e as estruturas comunitárias onde estes se movem. O enfermeiro especialista procura desenvolver autonomia e o bem-estar para a implementação e reforço de percursos adaptativos favoráveis ao cliente. Neste sentido, planeamos e intervimos junto do adolescente e de acordo com as necessidades levantadas, nomeadamente, na dinamização de atividades terapêuticas e recreativas, participando nos contactos estabelecidos aos pais e às instituições na comunidade, gerindo os grupos, reconhecendo as competências de cada um e disponibilizando reforço positivo, promovendo a autonomia, e promovendo a otimização das competências.

Para além de todas as descritas, realizámos, diálogos informais de psicoeducação individual/grupo sobre adesão ao regime terapêutico, hábitos de vida saudável, de salientar, o risco de consumos de tóxicos e álcool, resolução de problemas pontuais, gestão de rotinas diárias, entre outras descritas ao longo deste relatório. Tivemos, ainda a oportunidade de participar ativamente em reuniões clínicas, assistir a ações de

formação, demonstrar práticas de planeamento e intervenção, e demonstrar capacidades para tomar decisões assentes nas evidências científicas.

O exercício da prática clínica implica obrigatoriamente a utilização do Código Deontológico dos enfermeiros. Deste modo, releva-se que a tomada de decisão se fundamente em princípios éticos estruturados e bem definidos. Assim os princípios que nortearam a prática clínica assentaram no respeito pelo outro e pela sua integridade física, psíquica e social. Existiu uma constante preocupação com a saúde e bem-estar do adolescente e sua família inseridos num contexto social, onde o respeito pelas crenças e valores se apresentam como uma prática incontestável.

Consideramos este processo de aprendizagem uma mais-valia, na forma como compreendemos o outro. Esta experiência com adolescentes, para além de prazerosa foi uma fonte transformadora, no sentido em que nos permitiu compreender que determinados problemas identificados neste ciclo de vida, podem antever fatores de risco que só com o *follow-up* se poderão prevenir ou minimizar. Daí a necessidade de fazermos um alerta para a implementação de programas de promoção de saúde ainda mais eficazes, e alargados às diferentes infraestruturas da comunidade e aos vários níveis de atuação dos profissionais de saúde.

Estamos convencidos de ter evoluído positivamente, e hoje sentimo-nos mais completos pessoal e profissionalmente, mais aptos a lidar com as angústias, desejos e emoções. Consequentemente mais empáticos, assertivos, mais conscientes, mais seguros e confiantes nas tomadas de decisão, com menos preconceitos e com um estilo profissional de atuação cada vez mais próprio e baseado nas evidências.

## 7 - CONCLUSÃO

A apropriação de um domínio específico de Enfermagem reforça a visão holística e contextual da pessoa, potenciando a adequação da resposta, face à especificidade das necessidades dos cuidados de enfermagem, poder-se-á, deste modo, contribuir para a promoção de um exercício profissional baseado na autonomia, competência, responsabilidade e para evidenciar a importância e o impacto dos cuidados de enfermagem, quer perante os próprios enfermeiros, clientes, ou outros profissionais.

A excelência do exercício profissional deve ser intencional. Sendo um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento, exige compromisso e dedicação. Cabe a cada enfermeiro, especialmente os especialistas, quer individualmente, quer no coletivo e no contexto do seu exercício, assumir este compromisso; refletindo, analisando e prosseguindo diariamente na busca da excelência dos cuidados de enfermagem.

O trabalho desenvolvido foi um processo de intervenção, onde se pretendeu dar respostas e atuar com os adolescentes na sua procura de restituição da saúde. Para além de relatar, função básica de um relatório, permitiu também analisar e aferir percursos, reconhecendo falhas, processos de decisão e tirar conclusões. A intervenção com o adolescente e com a sua família implica uma atuação competente nas suas várias dimensões, deste modo, o desenvolvimento de competências especializadas revelou-se um imperativo para a prática e para um cuidar cada vez mais eficiente e efetivo.

Este percurso facultou o cumprimento de um dos grandes objetivos do ensino clínico, que se prendia com o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiatria, nomeadamente, no estabelecimento da relação com o adolescente. Permitiu, ainda, através de um processo reflexivo, identificar características pessoais que potenciassem a relação terapêutica.

É elementar que os enfermeiros que trabalham com adolescentes e suas famílias, desenvolvam uma abordagem lógica e sistematizada, naquilo que é denominado o processo de enfermagem, composto pelas etapas de colheita de dados, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação. O processo de enfermagem implica uma

avaliação constante de toda a prática clínica, uma vez que, este proporciona dados e instrumentos fundamentais que orientam e guiam a prestação de cuidados.

A realização deste relatório foi acompanhada de momentos de alguma ansiedade e tensão associadas à dificuldade de colocar em palavras e sistematizar a informação obtida, contudo a sua elaboração permitiu organizar o processo de aprendizagem, e fazer uma reflexão, análise e avaliação, da evolução das competências ao longo do ensino clínico.

Em suma, neste momento e com base na elaboração deste relatório, consideramos reunir condições para afirmar que, desenvolvemos competências de avaliação diagnóstica no sentido de identificar as necessidades ou dificuldades dos adolescentes e suas famílias, e também, desenvolvemos competências de planeamento e intervenção (técnicas psicoterapêuticas e psicossociais); mobilizamos conhecimentos e integramo-los de forma a dar respostas de elevado grau de adequação às necessidades levantadas, neste ciclo de vida.

## 8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-  AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) (1999). “*Being prepared, Know When to Seek Help for Your Child*”. In Facts for Families. Nº. 24, 9/99;
-  ABREU, P. (2006). “*Introdução à psicopatologia compreensiva*”. 4ª ed. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian;
-  ALARCÃO, I. (2001). “*Formação reflexiva*”. In referência: revista de educação em enfermagem. nº 6. Maio, 2001. p.53-59;
-  AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2002) – *DSM-IV-TR*: “*Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*”. 4ª ed. revisão de texto, Lisboa: Climepsi Editores;
-  ANTUNES, A. (1998). “*Consentimento Informado*”. Em Serrão, D. e Nunes, R. (eds.). *Ética em cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora;
-  AZEVEDO, A. E. B. I. (2008). “*A Consulta do Adolescente*”. (Versão electrónica). Disponível em <http://www.sonape.com.br/consulta> Acedido em 20 de Fevereiro de 2011;
-  BALLARÍN, R.G. (2002). “*La entrevista clínica com adolescentes*”. Disponível em <http://www.svnp.es/documen/entrevistadol.htm>. Acedido em 20 de Fevereiro de 2011;
-  BAKER, P. (2004). “*Assessment in Psychiatric and Mental Health Nursing: in search of the whole person*”. 2ªed. Nelson Thornes: Cheltenham. ISBN 0 7487 7801 2;
-  BENJAMIN, D.A. (2008). “*A Entrevista de Ajuda*”. 12ª Edição. São Paulo: Editora. Martins Fontes;
-  BENNER, P. (2001) – “*De Iniciado a Perito, excelência e poder na prática clínica em enfermagem*”. Coimbra: Quarteto Editora, 20, Edição comemorativa;
-  BRACONNIER, A. & MARCELLI, D.(2000). “*As mil faces da adolescência*”. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores;
-  BRONFENBRENNER U. (2002). “*A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados*”. São Paulo: Artmed. Editora. ISBN 85-7307-173-7;

-  CANALS, J.; GUILLAMET, A. (2002). “*La entrevista al adolescente*”. XIII Congresso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente. Cáceres. Spain, 5 a 6 de Abril de 2002. Disponível em [http://adolescenciasema.org/ficheiros/congresocaceres/caceres\\_tallentrevista\\_cornela.pdf](http://adolescenciasema.org/ficheiros/congresocaceres/caceres_tallentrevista_cornela.pdf). Acedido em 25 de Fevereiro de 2011;
-  CANALS, J.; GUILLAMET, A. (2004). “*Técnicas de entrevista com el adolescente*”. XVIII Congresso de la SEPEAP. Alicante. Spain, 16 a 19 de Setembro de 2004. Disponível em [http://www.sepeap.org/imagesnes/secciones/image/user/ts\\_tecnica\\_entrevista\\_adolescente.pdf](http://www.sepeap.org/imagesnes/secciones/image/user/ts_tecnica_entrevista_adolescente.pdf). Acedido em 25 de Fevereiro de 2011;
-  CAPLAN, G. (1980). “*Princípios da Psiquiatria Preventiva*”. Zahar Editora: Rio de Janeiro;
-  CARTER, B. (1995). “*As mudanças no ciclo de vida familiar*” 2ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas;
-  CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (2002). “*Propostas e Recomendações [em linha]*”. Disponível em: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005982.pdf>. Acedido em 2 de Maio de 2011;
-  COLLIÈRE, M-F. (1999). “*Promover a vida*”. Lidel - Edições técnicas e sindicato dos enfermeiros portugueses. 2ª Tiragem. ISBN 972-757-109-3;
-  CORDEIRO, J. C. Dias (2002). “*Manual de Psiquiatria Clínica*”. 2ª Edição, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 972-31-0939-5;
-  CORREIA, M. J.; ALVES, M. J. (1990). “*Gravidez na Adolescência: o nascimento de uma consulta e um programa de intervenção*”. Análise Psicológica, Agosto Nº4, 429-434;
-  DEWEY, J.(1993). “*How we think*”. Chicago, D. C. Health;
-  DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2004b). “*Rede de referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental*”. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2004b. ISBN 972-675-089-X;
-  DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2002). “*Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de Actuação [em linha]*”. Vol. 12 (2002). Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf>. Acedido em 15 de Maio de 2011;

- 📖 ERIKSON E. H. (1976). *“Infância e Sociedade”*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Zahar Editores;
- 📖 FONSECA, H. (2002). *“Compreender os Adolescentes”*. 1ª Edição. Lisboa: Editorial Presença. ISBN 972-23-2949-9;
- 📖 FONSECA, H. (2005). *“Viver com Adolescentes”*. 3ª Edição. Lisboa: Editorial Presença;
- 📖 GINNOT, H.G. (1972). *“Psicoterapia de grupo com crianças”*. Belo Horizonte. Editora Interlivros.
- 📖 HONIG, A. S. (2000). *“Raising Happy Achieving Children in the New Millenium. Early Child Development and Care”*. 163. p. 79-106;
- 📖 INTERNATIONAL COUNCIL of NURSES (ICN) (2005). *“Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – versão 1.0”*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros;
- 📖 KOHLBERG, L. (1981). *The philosophy of moral development: moral stages and idea of justice*. Cambridge: Harper & Row;
- 📖 KOVACS, M. K. (1992). *“Children’s Depression Inventory”*. Toronto: Multi-Health, Inc;
- 📖 LEAL, I.(2004). *“Entrevista clínica e psicoterapia de apoio”*. 3ª edição. Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada;
- 📖 LEAL, I.(2008). *“Entrevista psicológica. Técnica, teoria e clínica”*. Fim de século. Lisboa;
- 📖 LEAL, M.T. (2006) – *“A CIPE e a Visibilidade da Enfermagem - Mitos e Realidades”*. Lusociência. Lisboa;
- 📖 LOPES, J.M. (2006). *“A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance”*. Formasau: Coimbra;
- 📖 LOPES, J.M. (2010). *Apontamentos das aulas do 1º Mestrado de enfermagem de saúde mental e psiquiatria*;
- 📖 MARCELLI D & BRANCONNIER A. (2005). *“Manual de psicopatologia do adolescente”*. Porto Alegre: Artes Médicas;
- 📖 MARTINS, A. et al (2008) – *“Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem”*, Revista Pensar Enfermagem, vol. 12, nº2;
- 📖 MARUJO, H. (1997). *“As práticas parentais e o desenvolvimento sócio-emocional: propostas para uma optimização de recursos e de resultados”*. In

- Marchand, H. & Pinto, H. (eds.). Família: Contributos da Psicologia e das Ciências da Educação. Lisboa. Educa. pp. 129-141;
- 📖 McCLOSKEY J.C. & BULECHEK G.M. (2004). “*Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*”. 3ª ed. São Paulo: Artmed;
- 📖 MELEIS, A. I., SAWYERaw, L. M., IM, E., MESSIAS, D. K. H., DEANNE, K. H. & SCHUMCHER, K. (2000). “*Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*”. *Advanced Nursing Science*, 23, 12-28.
- 📖 MELEIS, A., TRANGENSTEIN, P. (1994). “*Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission*”. *Nursing Outlook*. 42 (6), 255-259;
- 📖 MONTEIRO, M.; SANTOS, M. (2002). *Psicologia*. Volume 2. Porto: Porto Editora, 2002. ISBN 972-0-42107-X;
- 📖 MOREIRA P.; MELO A. (orgs.) (2005). “*Saúde Mental: do tratamento à prevenção*”. Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-34751-1;
- 📖 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPS, 2000). “*Recomendações para a atenção integral de saúde dos adolescentes*”. Disponível em <http://www.pah.org/spanish/hpp/hpf/adol/normasweb.pdf>. Acedido em 20de Junho de 2011.
- 📖 OLIVEIRA, A. S.; ANTÓNIO, P.S. (2006). “*Sentimentos dos adolescentes relacionados ao fenómeno bullying: possibilidades para a assistência de enfermagem nesse contexto*” In *Revista electrónica de enfermagem*, vol.8, n.º1. Disponível <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/946/1157>. Acedido em 04 de Junho de 2010;
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS. CONSELHO DE ENFERMAGEM (2003). “*Competências do enfermeiro de cuidados gerais*”. Lisboa. Ordem dos enfermeiros;
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). “*Modelo de Desenvolvimento Profissional – Caderno temático*”. Disponível em [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt). Acedido em 2 de Junho de 2011;
- 📖 PHANEUF, M. (2005). “*Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*”. Loures. Lusociência. ISBN 972-8383-84-3;
- 📖 PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (2004-2010), Disponível em [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2\\_212.html](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_212.html). Acedido no dia 10 de Junho de 2010;

- 📖 PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (2007-2016), Disponível em, [http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm\\_planonacionalsaudemental2007\\_2016\\_resumoexecutivo.pdf](http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudemental2007_2016_resumoexecutivo.pdf). Acedido no dia 10 de Junho de 2010;
- 📖 PRAZERES, V.; LARANJEIRA, A.; OLIVEIRA, V. (2004). “*Saúde juvenil. Relatório sobre programas e oferta de cuidados*”. Lisboa. Direcção Geral de Saúde (DGS);
- 📖 PORTUGAL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. “Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar”. Lisboa, Ministério da Saúde. 2008;
- 📖 QUEIRÓS, A. A. (2001). “*Ética e Enfermagem*”. Coimbra: Quarteto Editora;
- 📖 REGULAMENTO do EXERCÍCIO PROFISSIONAL dos ENFERMEIROS (1998). Disponível em [www.ordemdosenfermeiros.pt](http://www.ordemdosenfermeiros.pt). Acedido no dia 10-11-2010;
- 📖 ROGERS, C.R. (1978). “O tratamento clínico da criança problema”. 2ª ed. Livraria Martins Fontes Editora;
- 📖 RUZANY M.H. e SZWARCOWALD, C.L. (2000). “*Oportunidades perdidas de atención integral del adolescent: resultados del estudio-piloto*”. (Versão electrónica). Adolescência Latinoamericana. 26-35p;
- 📖 SAMPAIO D. (1994). “*Métodos de avaliação na família*”. In Sampaio e Resina (coord.). Saúde e Doença. Lisboa. Instituto de Clínica Geral;
- 📖 SEQUEIRA, C. (2006). “*Introdução à prática clínica*”. 1ª Edição. Lisboa: Quarteto. ISBN 978-989-558-083-5;
- 📖 SCHON, D. (1983) – “*The Reflective Practitioner: how professionals think in action*”. Basic Books. Cop. – X, 374 p, 20cm, ISBN 0-465-06878-2;
- 📖 SILVA A.M. (2004). “*Desenvolvimento de Competências Sociais nos Adolescentes. Perspetiva de Prevenção em Saúde Mental na Adolescência*”. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-136-3;
- 📖 SOTOMAYOR, M. (2001). “*La entrevista al adolescente*”. Em: Rada, C.; Lasa, I.; Rahola, R. e Lozano, J. (eds.). Manual de la salud reproductiva en la adolescência. Sociedad Española de Contracepción. Zaragoza. Disponível [http://www.sec.es/área\\_cientifica/manuales\\_sec/salud\\_reproductiva/04%20salud%20reproductiva%20e.pdf](http://www.sec.es/área_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/04%20salud%20reproductiva%20e.pdf). Acedido em 20 de Junho de 2011;
- 📖 SUBSTANCE ABUSE and MENTAL HEALTH SERVICES and ADMINISTRATION, SAMHSA (2010). Disponível em <http://www.samhsa.gov/>. Acedido no dia 11 de Junho de 2010;

-  VICARIO, M. (2003). “*Atención integral del adolescente. Revision critica*”. XVIII Congreso de la SEPEAP. Alicante. Spain, 16 a 19 de Disponível em [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/\\_USER\\_/SP\\_Atencion\\_integral\\_adolescente.pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/SP_Atencion_integral_adolescente.pdf). Acedido a 13 de Março de 2011;
-  WATSON, J. (2002). “Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem” - Loures. Lusociência. p. 182;
-  WERNER, E. E. (2000). “*Protective Factors and Individual Resilience*”. In: SHONKOFF, J. P.; MEISELS, S. J. “*Handbook of Early Childhood Intervention*”. 2ª Edição. Cambridge: Cambridge University Press. p. 115-130. ISBN 0521-58471-X;
-  WORLD HEALTH ORGANIZATION WESTERN PACIFIC REGION (2001). “*A framework for the integration of adolescent health and development concepts into pré-service health professional educational curricula who western pacific region*”. Disponível em <http://www.wpro.who.int/nr/rdonlyres/88e71899-5915-4932-ad4791a78ef3d8e7fb/0/adhframework.pdf>. Acedido em 14 de Março de 2011;
-  WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004). Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr47/en/>. Acedido no dia 11 de Junho de 2010;
-  WORLD HEALTH ORGANIZATION, (Organização Mundial de Saúde) (2005). “*Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*”. Génova: WHO. ISBN 92 4 156294 3;
-  WRIGHT, M. O'D.; MASTEN, A. S. (2005). “*Resilience Processes in Development: Fostering Positive Adaptation in the Context of Adversity*”. In: GOLDSTEIN, Sam; BROOKS, Robert B. “*Handbook of Resilience in Children*”. Nova Iorque: Kluwer Academic/ Plenum Publishers. p. 17-33. ISBN 0-306-48571-0.

## ANEXOS

DISPONÍVEIS EM SUPORTE INFORMÁTICO (CD)