



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM COM O ADOLESCENTE GANHOS EM SAÚDE

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica
Portuguesa,

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Por Margarida Tavares Morais

LISBOA, Maio 2014



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM COM O ADOLESCENTE GANHOS EM SAÚDE

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Por Margarida Tavares Morais

Sob orientação de Prof. Paulo Rosário Carvalho Seabra

LISBOA, Maio 2014

“Todos somos feridos, opacos, inacabados. Cada um de nós traz dentro de si uma quantidade irrazoável de sonhos sufocados, de pontas desacertadas, de palavras que não chegaram a ser ditas (...). Somos mais verdadeiros, porém, quando tomamos consciência disso e quando o partilhamos na confiança de uma amizade”

José Tolentino Mendonça

AGRADECIMENTOS

Muitos estiveram presentes na missão de professor, tutor, colega de Enfermagem, de curso, membro da comunidade, da equipa de trabalho; quando pedi, e quando foram eles a perceber que era necessário. De muitos recebi motivação, valorização, atenção, compreensão, ajuda, paciência, perdão, tempo, espaço, conhecimentos, testemunho profissional e de vida.

Obrigada Prof. Paulo Seabra e restante equipa de professores do mestrado da UCP.

Obrigada Enf^o António Nabais e toda a sua equipa multidisciplinar da Pedopsiquiatria.

Obrigada Enf^a Benvinda Pedroso e restante equipa do *Sorri Jovem*.

Obrigada família Hospitaleira.

Obrigada vós que confiastes as vossas feridas e sonhos: adolescentes e suas famílias

RESUMO

Este Relatório tem como objectivo apresentar, de forma descritiva, analítica e crítica, o percurso de aquisição de competências especializadas em enfermagem, no contexto de 2 estágios, decorridos em 2013, integrados no Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica, da Universidade Católica Portuguesa.

O estágio decorreu em dois locais diferentes, um no Hospital D. Estefânia, Lisboa, Unidade de Internamento da Pedopsiquiatria e outro no Centro de Atendimento de Jovens (CAJ), *Sorri Jovem*, pertencente ao Centro de Saúde Mem Martins, Concelho de Sintra.

Focada na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante possíveis respostas humanas desajustadas ou desadaptadas ao processo de transição da adolescência, geradoras de sofrimento, alteração ou doença mental; para ambos os estágios, foram definidos objectivos, para os quais as intervenções de enfermagem planeadas, ofereceram ganhos em saúde para os adolescentes.

Na Unidade da Pedopsiquiatria, integraram-se as actividades diárias, de âmbito psicoterapêutico, com dinamização de uma sessão de Cinesioterapia e outra de Biblioterapia; realizou-se um estudo de caso de uma jovem, vítima de bullying e com tentativa de suicídio, e fez-se um estudo analítico do enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade em Enfermagem: a organização dos cuidados de enfermagem.

No *Sorri Jovem*, criaram-se espaços psico-educativos, com ênfase num projecto sobre competências pessoais; realizaram-se dinâmicas de grupos para a promoção da Saúde Mental e realizaram-se Consultas de Enfermagem, com um estudo dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem mais comuns.

Palavras- chave: adolescentes, enfermagem de saúde mental, consulta de enfermagem, relação de ajuda, ganhos em saúde

ABSTRACT

The purpose of this report is to present a descriptive, analytical and critical way, the route for the necessary nursing acquiring skills, in two internship contexts of 2013. These were made during the Masters in Nursing Mental Health Specialization of the Catholic University of Portugal.

The internship took place on two different places: the Child Psychiatry Unit of the Hospital D. Estefânia – Lisbon; and the other one in the Youth People Care Center (CAJ), *Sorri Jovem*, belonging to the Health Center Mem Martins, Sintra Municipality.

The two programs were focused on mental health promotion, prevention, diagnosis and intervention consequent to lower or inadequate responses during the adolescence transition process, which could cause suffering, alteration or mental illness. For these two programs were defined clear objectives were defined for which nursing interventions are planned, offered health gains for adolescents.

Inside the Child psychiatry unit took place the daily activities in a psychotherapeutic context. It was hold a Cineterapia session and a Biblioterapia session. Furthermore it was conducted a case study of a young bullying victim with a suicide attempt, and was done an analytical study of a descriptive statement of Nursing Quality Standards: the organization of nursing care.

At the *Sorri Jovem*, it were created psycho-educational spaces, with an emphasis on personal skills, group dynamics were held to promote Mental Health and Nursing Consultation were conducted associated to a study of the diagnoses and nursing common interventions.

Keywords: adolescents, mental health nursing, nursing consultation, relationship help, health gains

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ACES** – Agrupamento Centros de Saúde
- ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde
- ARSLVT** – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
- AVD'S** – Actividades de Vida Diária
- CAJ** – Centro de Atendimento Juvenil
- CID-10** – Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde, versão 10
- CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CNRSSM** – Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental
- CNSM** – Coordenação Nacional para a Saúde Mental
- CNSM-RRHPIA** – Coordenação Nacional para a Saúde Mental - Coordenação Nacional para Saúde Mental- Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência
- CNSM-RPCSMIJ-CSP**- Coordenação Nacional para a Saúde Mental- Recomendações para a prática clínica de saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários
- RPRDSSM** – Relatório Proposta para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016
- CO** – Contraceção Oral
- CSP** – Cuidados de Saúde Primários
- DGS** – Direcção Geral da Saúde
- DR**- Diário da República
- EESM** – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental
- ESM** – Enfermagem de Saúde Mental
- GOSIP** – Guia Orientador de boa prática em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- HDE** – Hospital D. Estefânia
- ICD-10** – International Statistical Classification of Diseases- Classificação Internacional de Doenças
- ICN** – International Council of Nurses. Conselho Internacional de Enfermeiros
- IMC** – Índice de Massa Corporal
- IST** – Infecções Sexualmente Transmitidas
- IVG** – Interrupção Voluntária de Gravidez
- NANDA** – North American Nursing Diagnosis Association. Associação Norte-americana de Diagnósticos de Enfermagem
- NIC** – Nursing Interventions Classification- Classificação de Intervenções de Enfermagem
- NOC** – Nursing Outcomes Classification- Classificação de Resultados de Enfermagem

NRDCWH- National Research and Development Center for Welfare and Health. Centro Nacional de Pesquisa e desenvolvimento para a saúde e bem-estar

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS/ WHO – Organização Mundial de Saúde/ World Health Organization

ONU – Organização das Nações Unidas

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

RCCEE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEESM – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RPQCEESM – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Saúde Mental

RRHPIA- Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

SM- Saúde Mental

SMIJCSP – RPC- Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários: Recomendações para a Prática Clínica

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SOS – Si Opus Sit – se for necessário

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UE – União Europeia

Enf^a – Enfermeira

Enf^o – Enfermeiro

INTRODUÇÃO.....	10
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	12
1.1. Adolescência.....	12
1.2. A saúde e a doença mental do adolescente.....	14
1.3. O adolescente português	15
1.4. O enfermeiro.....	17
1.5. A Entrevista de Enfermagem.....	18
1.6. Padrões de qualidade de Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental.....	19
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO.....	21
2.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM UNIDADES DE INTERVENÇÃO NA CRISE DO ADULTO - MÓDULO II.....	21
2.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM UNIDADE DE INTERVENÇÃO NA CRISE NO ADOLESCENTE – MÓDULO III.....	23
I. Pedopsiquiatria- Objectivos de estágio	23
II. Síntese do estágio	42
2.3. PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEL, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO, NA COMUNIDADE E NOS CENTROS DE SAÚDE -MÓDULO I..	43
I. <i>Sorri Jovem</i> - Objectivos de estágio	43
II. Síntese do estágio	56
3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	58
4. CONCLUSÃO.....	60
5. BIBLIOGRAFIA	63
ANEXOS.....	73

INTRODUÇÃO

A OMS estima que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresente, pelo menos, uma perturbação mental, antes de atingir os 18 anos de idade.

Na infância e na adolescência, a fronteira entre o normal e o patológico, em termos de saúde mental, torna-se mais difícil de traçar. Por si só, um sintoma não implica necessariamente a existência de psicopatologia. Por outro lado, o mesmo sintoma pode estar presente nos mais variados quadros psico-patológicos. Os sintomas adquirem significado no contexto sócio-familiar e no contexto evolutivo da criança e do adolescente.

Um dado importante a salientar é que existe ampla evidência sobre a importância das estratégias de promoção, prevenção e intervenções precoces na área da saúde mental da infância e da adolescência.

Considerando os desafios que a enfermagem enfrenta hoje, no seu contributo em ganhos em saúde, para os adolescentes, o meu exercício profissional, com adultos, como enfermeira, na área da Saúde Mental, de 16 anos, pediram uma especialização em Enfermagem de Saúde Mental, com a possibilidade de adquirir competências especializadas de cuidados de enfermagem com adolescentes.

O 2º e 3º semestre, do Curso de Mestrado, da Universidade Católica Portuguesa- Lisboa, Instituto de Ciências da Saúde, contemplam a realização de um estágio na respectiva área, que se encontra dividido em três módulos: **Módulo I** – Promoção de estilos de vida saudável, Diagnóstico e Prevenção, na Comunidade e nos Centros de Saúde; **Módulo II** – Desenvolvimento de competências em Unidades de Intervenção na crise do adulto e **Módulo III** – de âmbito Opcional.

Tendo-me sido dada equivalência ao Módulo II, o presente Relatório, tem assim, com objectivo apresentar de forma descritiva, analítica e crítica os objectivos definidos para os outros 2 estágios, respectivas actividades realizadas, habilidades adquiridas e dificuldades experimentadas, depois de apresentar um enquadramento teórico, sobre a adolescência, a realidade da saúde e doença mental do adolescente, em Portugal, o papel do enfermeiro e das intervenções centrais da Entrevista de Enfermagem e da Relação de Ajuda. Por último explana-se o conceito de Padrões de Qualidade de Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental.

Os meses de Maio e Junho de 2013, de contacto com o serviço de Internamento da Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia, Lisboa, e Outubro e Novembro do mesmo ano, com o Centro de Atendimento de Jovens (CAJ) *Sorri Jovem*, Centro de Saúde Mem Martins, concelho de Sintra, ofereceram o contexto prático- temporal para atingir os objectivos delineados: integrar as equipas multidisciplinares respectivas, prestar cuidados de enfermagem do âmbito psicoeducacional e psicoterapêutico, realizar consultas de enfermagem, com aprofundamento de um estudo de caso de uma jovem, vítima de bullying e com tentativa de suicídio.

O estudo do enunciado descritivo da organização dos cuidados de enfermagem, dos Padrões de Qualidade de Cuidados de ESM, da Unidade de Pedopsiquiatria, durante o período de estágio, ofereceu dados susceptíveis de reflexões futuras, sobre resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem com os adolescentes, realizadas naquela Unidade de saúde. Como ganhos em saúde do adolescente foram identificados alguns, apresentados neste Relatório: diminuição da tristeza e da ansiedade, aumento da esperança e da auto-confiança, stress familiar diminuído, ganho em conhecimentos dos cuidadores, violência ou risco de violência diminuído, construção de um projecto de vida.

Em ambos os locais, de prestação de cuidados de saúde, percebemos o lugar da Entrevista de Enfermagem e da Relação de Ajuda que o Enf.º dispõe, nas suas competências cognitivas, técnicas e relacionais, para ajudar o adolescente a aderir ao seu projecto terapêutico de saúde.

Em anexo encontra-se descrito, de forma mais detalhada, as actividades realizadas ao longo dos 4 meses do percurso clínico e que ofereceram o contexto de acção da aquisição das competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental.

Em termos de regras, para elaboração de trabalhos escritos, foi seguida a Norma Portuguesa NP 405, não obedecendo ao novo acordo ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Antes de nos envolvermos no contexto da prática profissional, onde decorreram os estágios e são a razão de ser do presente Relatório, ambos de prestação de cuidados de enfermagem com adolescentes, faz sentido apresentarmos um enquadramento conceptual que oferece, não só, as bases de entendimento da relação e intervenção terapêuticas, estabelecidas entre mim e a pessoa alvo dos cuidados, como também, a especificidade dessas mesmas intervenções, contextualizadas nos Serviços de Saúde, um mais do âmbito da intervenção da crise, em contexto hospitalar, e outro na prevenção e promoção da saúde, nos CSP.

Em ambos os locais, de prestação de cuidados de saúde, percebemos o lugar da Entrevista de Enfermagem e da Relação de Ajuda que o Enf.º dispõe, nas suas competências cognitivas, técnicas e relacionais, para ajudar o adolescente a aderir ao seu projecto terapêutico de saúde. Os padrões de qualidade dos cuidados especializados são incluídos neste enquadramento conceptual, na medida em que surgem como uma necessidade e instrumento importante, não só na orientação para a definição de programas de melhoria contínua de cuidados, como também se apresentam como uma ferramenta que ajuda a precisar o papel do Enf.º junto dos clientes, nesta caso, dos adolescentes, dos outros profissionais, do público e dos políticos.

1.1. Adolescência

A adolescência é considerada uma etapa de vida, compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. A OMS (2010) atribui as designações de adolescentes e de jovens aos indivíduos que têm entre 10 e 19 anos e 15 e 24 anos, respectivamente¹.

Constitui um período da vida riquíssimo de significados que podem ser olhados sob várias perspectivas de interesse: médica, social, psicológica, educativa, etc. Esta etapa do ciclo vital é caracteristicamente marcada por profundas mudanças, a nível físico, psíquico e social, que assumem interpretações e significados diferentes, consoante os contextos socioculturais em que os adolescentes se encontrem inseridos.

Também, nesta fase de vida, o adolescente é chamado a adquirir variadas competências pessoais e sociais tais como iniciar, manter e finalizar uma conversa, falar em público, expressar amor, agrado e afecto, defender os próprios direitos, pedir favores, fazer e recusar

¹ A ONU estabelece a adolescência entre os 15 e os 24 anos (youth), critério este usado principalmente para fins estatísticos. Segundo esta Organização, os jovens representam 18% do total da população mundial. Para o presente Relatório usaremos indistintamente a palavra adolescente ou jovem, e às vezes incluímos a criança.

pedidos, falar com uma figura de autoridade, fazer um convite, cumprimentar, dar e receber elogios, exprimir desacordo, defender uma opinião, lidar com a recusa, saber dizer não, lidar com as críticas, pedir desculpa ou admitir ignorância, etc (Braconnier e Marcelli, 2000).

Ainda que a adolescência e a juventude sejam os períodos mais saudáveis do ser humano e com menores índices de morbi- mortalidade em relação a outros grupos etários (OE, 2010, p. 13), o duplo movimento de negação da infância, por um lado, e procura de um estatuto estável, por outro, que caracteriza esta etapa, constitui a própria essência da “crise”, do “processo psíquico”, que todo o adolescente atravessa (Braconnier e Marcelli, 2005, p. 23). Neste percurso, ele é confrontado com uma série de problemas e desafios, a nível pessoal, familiar, grupal, social, que exigem um esforço de reorganização para a sua resolução, cumprindo, assim, as várias tarefas desenvolvimentais (OE, 2012, p. 49).

Reunindo várias definições de autores, a OE agrupa em três, as tarefas desenvolvimentais que caracterizam esta fase: i) alteração da relação com os pais, na sua necessidade de se autonomizar a nível cognitivo e emocional; ii) alteração da relação com os pares, na procura de integração em grupos que partilham expectativas, interesses, aspirações e dúvidas; e iii) alteração da relação com o próprio corpo, com expressão diversificada de amor, ódio, alegria, vergonha, prazer, raiva, sentimentos que influenciam de forma marcante a relação consigo mesmo e com os outros, em que “a complexidade da alterações da imagem corporal pode levar o adolescente a confundir a imagem corporal com a sua própria personalidade” (OE, 2012, p. 50).

Existem adolescentes que se recusam a escolher, por não aceitarem o «trabalho” de renúncia» assumindo uma posição de indecisão e de espera, que se poderá repercutir em consequências pessoais (abuso de drogas, condutas de risco, devido a angústias associadas) e consequências sociais (absentismo escolar, comportamentos marginais) (Braconnier e Marcelli, 2000, p. 22).

A necessidade de mudanças e escolhas quotidianas, sem experiência, explicam a maior vulnerabilidade psíquica dos adolescentes (Braconnier e Marcelli, 2005, p. 22). Como consequência, segundo estes autores, poderão surgir três tipos de ameaças: ansiosa, depressiva e aditiva. A primeira está relacionada à própria emergência pubertária e às flutuações de identidade que ela suscita; a ameaça depressiva diz respeito, não só, ao trabalho necessário de perda e luto da segurança dos pais ou imagens parentais, como também a renúncia da onipotência infantil e entrada no período dos paradoxos, dos conflitos e das escolhas. A ameaça aditiva resulta da dificuldade de renúncia, que qualquer escolha implica, especialmente das escolhas identitárias e afectivas, sendo tentado a afirmar a sua independência relativamente às pessoas, recorrendo à manipulação de um produto e uma conduta repetitiva para preservar o seu sentimento de controlo.

1.2. A saúde e a doença mental do adolescente

Segundo a OMS, citado pela Comissão das Comunidades Europeias (2005), a saúde mental é “um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe as suas próprias capacidades, consegue enfrentar o stress normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera e é capaz de dar um contributo para a sua comunidade”.

A saúde mental, como um componente indissociável da saúde geral, segundo a UE é um conceito amplo, que apresenta, numa determinada perspectiva, duas dimensões: **saúde mental positiva** (a que nós, ocidentais, chamamos saúde mental) que pode ser conceptualizada como um valor em si mesmo (sentir-se bem), e/ ou como uma capacidade de perceber, compreender e interpretar o ambiente que nos rodeia, adaptar-se a ele e alterá-lo se necessário; e **saúde mental negativa** (nós, chamamos doença mental ou distúrbio mental e do comportamento), que está relacionada com os transtornos mentais, os sintomas e os problemas de saúde mental (UE, 2008). Em ambas, sabemos haver uma interdependência de interacções sociais, factores individuais e experiências, estruturas e recursos sociais e valores culturais (NRDCWH, 1999, p. 30).

A saúde mental positiva inclui: um sentido positivo de bem-estar; recursos individuais como a auto-estima, o optimismo e um senso de domínio e coerência, fortaleza emocional, destreza social e de resolução de problemas, capacidade para iniciar, desenvolver e manter relacionamentos pessoais que satisfaçam mutuamente, e capacidade para lidar com as adversidades (UE, 2008).

A OMS estima que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresente, pelo menos, uma perturbação mental, antes de atingir os 18 anos de idade (CNSM-RRHPIA, 2012, p. 16).

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. Por outro lado, o mesmo sintoma pode estar presente nos mais variados quadros psico-patológicos. Os sintomas adquirem significado no contexto sócio-familiar e no contexto evolutivo da criança e do adolescente (CNSM- RPCSMIJ-CSP, 2009).

As Recomendações para a Prática Clínica, nos CSP, em Portugal, consideram como sintomas normais (inerentes ao desenvolvimento) os que surgem no decurso de conflitos inevitáveis e necessários ao desenvolvimento psicológico da criança, tendo como características: transitórios, pouco intensos, restritos a uma área da vida da criança, sem repercussão sobre o desenvolvimento, a criança fala deles com facilidade, sem disfunção familiar evidente.

Como sintomas patológicos, apresentam-se as seguintes características: sintomas intensos e frequentes, persistem ao longo do desenvolvimento, causam graves restrições em diferentes áreas da vida da criança, têm repercussão no desenvolvimento psicológico normal, o meio envolvente é patológico, são desadequados em relação à idade, e há associação de múltiplos sintomas (CNSM- RPCSMIJ-CSP, p. 15).

A referenciação à consulta de saúde mental infantil e juvenil deverá ser realizada, no caso dos adolescentes, quando existe um ou grupo de sintomas, definidos pela RRHPIA, conforme podemos consultar no documento citado anteriormente.

A CID-10 identifica duas grandes categorias específicas em Psiquiatria da Infância e da Adolescência: perturbações do desenvolvimento psicológico e perturbações do comportamento e emocionais.

Segundo a CNSM, existem, em Portugal, escassos estudos epidemiológicos, que forneçam dados relevantes para ao planeamento de serviços de saúde mental, para a população infantil e juvenil (CNSM-RRHPIA, 2010, p. 16)²; mas sabe-se, perfeitamente, que existe ampla evidência sobre a importância das estratégias de promoção, prevenção e intervenções precoces na área da saúde mental da infância e da adolescência (CNRSSM, 2007-2016) e constitui plano de acção para a reestruturação dos serviços de Saúde Mental de Portugal, desenvolver serviços e programas a nível da prevenção e promoção de estilos de vida saudável no adolescente (CNSM, 2007-2016).

Segundo a CNSM-RRHPIA, em termos de estruturas hospitalares, actualmente, em Portugal Continental (em Lisboa e no Porto) existem 20 camas para internamento, atendimento urgente; 6 serviços de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, que desenvolvem actividade de âmbito muito variado. Em 13 estabelecimentos do SNS existem Unidades, desta especialidade, que desenvolvem o mesmo tipo de actividades dos serviços, embora com recursos muito escassos. A nível dos CSP, a saúde mental constitui uma das 5 áreas de intervenção diferenciada³ que se assume estar subvalorizada, e necessitada de reforço da Rede Nacional de CSP, conforme atesta o Alto Comissariado da Saúde, no Plano Nacional para a Saúde Mental (CNSM, 2007-2016).

1.3. O adolescente português

A população adolescente portuguesa é globalmente saudável (OE, 2010, p. 18).

Num estudo periódico, de 2010, da Health Behaviour in School- aged Children, promovido pela OMS e liderado, em Portugal, pelo projecto Aventura Social, refere-se que os jovens portugueses têm comportamentos responsáveis e gozam, na sua maioria, de bem-estar. Existe um baixo consumo de álcool, tabaco e substâncias ilícitas, e a maioria declara-se feliz. A percentagem que usa preservativo é muito elevada mas há ainda carência de conhecimento, nos mais novos (MATOS, M. G. et al, 2010, p. 5).

² É evidente a carência de programas de formação em saúde mental da infância e adolescência para técnicos de saúde, profissionais da educação, da segurança social e dos serviços judiciais de menores. A Direcção Geral da Educação, revela que a Saúde Mental é a área menos trabalhada, no total dos estabelecimentos escolares, até ao 12º ano de Escolaridade. Cf. CORDEIRO, Raul Alberto - **Ensaio de um modelo preventivo de educação para a saúde, na área da depressão e ansiedade, em adolescentes e jovens adultos**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Vol. 4, 2010.

³ As outras 4 áreas são: cessação tabágica, comportamentos alimentares, saúde sexual e reprodutiva e saúde oral.

A OE refere-nos, no entanto, no que respeita à morbi- mortalidade, a situação actual é preocupante em relação a problemas de saúde, resultantes de comportamentos de risco, em particular, traumatismos, ferimentos e lesões acidentais (2010, p. 18).

Entre os comportamentos de risco estão sinalizados, como problemas de saúde preocupantes, os desequilíbrios alimentares, consumo nocivo de substâncias (álcool, tabaco e drogas ilícitas), IST's e a parentalidade precoce (a maternidade na adolescência ocupa o 2º lugar entre os países da UE). A OE identifica que:

“...a especificidade das necessidades e problemas de saúde dos adolescentes e dos jovens resulta, não tanto da patologia do foro médico, mas sobretudo, das repercussões possíveis de alguns padrões de conduta, da ocorrência de determinados eventos e do mal- estar psico-afectivo, relacional e ambiental que podem interagir com o crescimento e desenvolvimento” (OE, 2010, p. 18).

Os comportamentos suicidários têm aumentado. Sampaio et al. (2000), citados pela OE, referem a existência de ideação suicida em 34% dos casos, numa amostra de 822 jovens de escolas secundárias, de quatro regiões (Lisboa, Santarém, Guimarães e Évora), em que destes, 7% fizeram uma tentativa de suicídio (OE, 2012, p. 53).

O Ministério da Saúde, apresenta o grupo de patologias, com maior prevalência, em Portugal, as perturbações do comportamento, dificuldades de aprendizagem, perturbações da ansiedade, do humor, anorexia nervosa, e as patologias menos frequentes (mas cujas características de gravidade de prognóstico tornam imprescindível um diagnóstico precoce e uma intervenção terapêutica específica) as perturbações do espectro do autismo e as perturbações psicóticas (CNSM-RPCSMIJ-CSP, p. 21).

É, também nesta etapa de vida, que o adolescente, é confrontado com o despertar, entre outras áreas, da sexualidade e da possibilidade de, por um lado, e risco, por outro, ser pai ou mãe precocemente. Surgem portanto, situações, e Portugal não foge ao índice elevado de pais adolescentes, que são foco de atenção de preocupação social e mental, pois sabemos que, o risco da gravidez na adolescência, não é apenas biológico, psicológico e social mas que, não raramente, se isola da família, dos amigos, abandona a escola e procura cuidados de saúde tardiamente (Rodrigues, 2010).

A verdadeira incidência deste fenómeno é difícil de conhecer porque, em termos estatísticos, unicamente são contabilizadas as taxas de natalidade que, como sabemos, só representam uma pequena parte do número de gravidezes. A prevalência, em Portugal, aponta para 14 % (Silva et al., 2012). Num estudo de 2012, a faixa etária entre os 15-19 anos apresentavam 11,28% e de 0.41% em idades inferiores a 15 anos (São, 2013).

Para Rodrigues (2010) outras características estão também associadas com a maternidade na adolescência, como o início precoce da actividade sexual, a baixa auto-estima, o abuso de álcool e drogas, a falta de conhecimento a respeito da sexualidade, e o uso inadequado da contracepção.

Em termos de legislação portuguesa, sabemos que o Código Penal Português, no artigo 38.º, considera que, a partir dos 16 anos, o adolescente já possui capacidade que lhe permite tomar uma decisão válida no domínio ético, e que a lei n.º 16/ 2007 aprovada a 17 e Abril, na Assembleia da República, trouxe a possibilidade de acabar com o aborto clandestino e inseguro em Portugal. A alínea e) do n.º 1, do artigo 142.º do Código Penal Português permite a interrupção da gravidez até às 10 semanas, a todas as mulheres grávidas, maiores de 16 anos, que o solicitem, desde que realizado num estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido.

1.4. O enfermeiro

O Estado Português, reconhece os Enf.ºs, desde 1998, como comunidade profissional e científica de maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial, cuidados de enfermagem, desenvolvendo a sua actividade em variados contextos, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde diferenciados e CSP (DR, Decreto- lei n.º 104/98, de 21 de Abril; Butt, 2008).

O REPE, apresentado no DR, Decreto- lei n.º 161/ 96, de 4 de Setembro, define que os cuidados de enfermagem são caracterizados por terem, por fundamento, uma interacção entre o Enf.º e utente; estabelecerem uma Relação de Ajuda com o utente, utilizarem uma metodologia científica, e englobarem, de acordo com o grau de dependência do utente, uma variedade de actuação (REPE, 1996).

O Enf.º de saúde mental foca a sua atenção na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas do cliente desajustadas ou desadaptadas ao processo de transição, geradoras de sofrimento, alteração ou doença mental. (OE, 2011).

Detentor de um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos, o EESM estabelece relações empáticas com o adolescente e/ ou família, que lhe permitem ajudá-lo (s) a construir e percorrer o próprio caminho de manutenção ou recuperação da saúde mental, prestando cuidados especializados a nível de 4 âmbitos: psicoterapêutico, (sendo as mais comuns a terapia cognitivo-comportamental, analítica, familiar, psicodrama e a psicanálise); psicossocial; psico- educacional e sócio-terapêutico.

A Entrevista de Enfermagem e a Relação de Ajuda constituem para o EESM, duas das abordagens, por excelência, quer a nível de intervenção na crise, quer a nível de promoção da saúde mental, pois o objectivo principal da sua actuação é ajudar a pessoa sã ou doente, a encontrar, manter, ou melhorar, o equilíbrio e a saúde mental, e por sua vez, a encontrar a satisfação e o bem- estar, promovendo o desenvolvimento, a maturidade e a capacidade do cliente de enfrentar a vida. Para isso o Enfº identifica-se, muitas vezes, como afirma a teórica Hildegard Peplau (1909-1999) no seu papel de professor, conselheiro ou líder, citada na obra Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de enfermagem (2004).

1.5. A Entrevista de Enfermagem

No contexto do atendimento ao adolescente, nos serviços de saúde, e de Consultas de Enfermagem, a entrevista assume uma singularidade particular, possibilitando identificar as suas necessidades, problemas, potencialidades, desejos e significados de experiências (OE, 2010, p. 14).

Na CIPE® 1.0 encontramos definido que entrevistar é a “acção de determinar com as seguintes características específicas: examinar fazendo perguntas e promovendo respostas faladas” e determinar a “acção com características específicas: descobrir ou estabelecer com precisão a presença de alguma coisa” (OE, 2010, p. 20). É também a OE (2010, p. 20-21), no GOSIP que apresenta os objectivos da entrevista ao adolescente:

“Avaliar o desenvolvimento psicossocial e afectivo do adolescente; estabelecer uma adequada relação terapêutica; prevenir problemas; mas o mais importante consiste na identificação dos problemas reais, pelo que o Enf.º deve estar atento (...) à agenda oculta”.

A entrevista é, em si mesma, um tratamento para uma parte significativa dos problemas que o adolescente pode manifestar (Vicário, 2004). Ela constitui o espaço para a Relação de Ajuda, intervenção central nas competências do Enf.º, pelo que de seguida, se amplifica esta última noção.

A Relação de Ajuda é um conceito amplo, aplicável no âmbito da educação e da saúde⁴.

A OE, no GOSIP (2010), assumindo a definição de Phaneuf (2005), apresenta a definição de Relação de Ajuda:

“Trata-se de uma troca não verbal, que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação de um clima de compreensão e de apoio, que a pessoa necessita. Esta relação permite-lhe compreender melhor a sua situação, aceitá-la e, conforme o caso, estar sensível à mudança e evoluir, tornando-se autónoma. Esta relação ajuda a pessoa a demonstrar coragem face à adversidade”.

⁴ Por curiosidade, existe um debate ainda não resolvido da relação e diferença entre *Relação de Ajuda*, *Counseling* e *Psicoterapia*. Em todo o caso, o substrato (as atitudes e destrezas) parece coincidir e com muita frequência se intercambiam as palavras (BERMEJO, 2013).

Quem chancelou a expressão de Relação de Ajuda, centrada na pessoa, e que funda as bases de orientação da mesma, no âmbito da saúde, foi Carl Rogers (1902-1987), considerado como o psicólogo humanista, caracterizando esta técnica por uma orientação compreensiva das diferentes dimensões da pessoa, assente em princípios de valorização da pessoa do outro e de crença nas suas potencialidades para resolver, de forma autónoma os seus problemas (Rogers, 1980).

Podemos dizer que este conceito avançado por Rogers, congrega os pressupostos patentes nos princípios da personalidade, da consciencialização e da auto-implicação do sujeito, tal como afirma, Simões (2006), uma vez que se pressupõe que a pessoa que ajuda dá prioridade máxima à pessoa daquele que é ajudado, respeitando-o, escutando-o e apoiando-o com humanidade.

Rocha (2008), citando Chalifour (1989), professor de Ciências de Enfermagem e Mestre de Cuidados de enfermagem psiquiátricos, refere que a intervenção de ajuda ultrapassa muito as técnicas e conhecimentos:

“...pressupõe uma concepção unificada da pessoa, da ajuda, das formas de fazer e estar para a prover; requer da enfermeira um bom conhecimento das suas referências pessoais e teóricas, sobre as quais apoia as suas observações, o sentido que lhes atribui e as intervenções que escolhe aplicar”.

A técnica de Relação de Ajuda aprende-se, aperfeiçoa-se e é sempre diferente de pessoa para pessoa. A melhor forma de ajudar o outro é acreditar nele como pessoa, na sua condição de ser pensante, com sentimentos e capacidades de procurar e direccionar a sua própria necessidade de mudança.

1.6. Padrões de qualidade de Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais, como a OMS e o ICN, quer por Organizações nacionais como o Conselho Nacional de Qualidade e a OE.

Claramente, tal como afirma a OE, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos Enf.ºs, nem o exercício profissional destes pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde.

Os cuidados de enfermagem caracterizam-se, como afirma a Ordem, pela respectiva complexidade, especificidade, diversidade, intensidade e frequentes vezes, intangibilidade (2004). São, além disso, muito dependentes do contexto em que ocorrem e influenciados pela estrutura (recursos materiais e humanos, instalações e organização), pelo processo (qualidade técnica dos cuidados, adequação e validade da informação produzida, a integração e

continuidade de cuidados) e pelos resultados de todo o projecto de cuidado (que incluem a reabilitação/ recuperação do doente, o controle da doença crónica, a capacitação, educação e literacia em saúde, a mudança de comportamento e a satisfação com os cuidados (CNSM, 2007-2016).

A avaliação quantitativa ou qualitativa, a monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, requer um conjunto de indicadores e unidades de medida, que se verifiquem sensíveis aos mesmos, e, por isto, diferentes, na maior parte dos casos, dos habitualmente utilizados noutras disciplinas (OE, 2004). Têm de estar, por isso, alicerçados "...sob o ponto de vista, num conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem; sendo por isso capazes de reflectir o contributo específico do exercício profissional dos Enf.ºs" (OE, 2011).

Há 13 anos (2001) a OE definiu os PQCE, apresentando seis enunciados descritivos que estabelecem a base padronizada de cuidados com qualidade, que todos os Enf.ºs devem respeitar, no exercício da sua profissão. Estes enunciados salientam a importância do doente, enquanto elemento essencial, no estabelecimento de relações de empatia e de parceria, no respeito pelos seus desejos individuais, pela sua capacidade de decidir informalmente com vista ao processo de capacitação e de promoção da autonomia do doente e família. Estes enunciados surgem de quatro conceitos estruturantes na enfermagem: a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem.

Para a Enfermagem de Cuidados Gerais foram identificados 6 categorias de enunciados descritivos: i) a satisfação do doente, ii) a promoção da saúde, iii) a prevenção de complicações, iv) o bem-estar e o auto-cuidado, v) adaptação, vi) a organização dos cuidados de enfermagem.

Em 2011, foi criado o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Saúde Mental (RPQCEESM). Partilham com os anteriores, os âmbitos de caracterização, acrescentando e aperfeiçoando outros na especificidade da SM, sendo também acrescentados mais dois enunciados descritivos: vii) a relação terapêutica e viii) o estigma e exclusão social.

Num Inquérito sobre os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem realizado pela OE (2012), a maioria das Instituições definiu indicadores de qualidade para determinar a forma como os seus projectos são capazes de resultar em melhores cuidados de enfermagem para o cliente. Os indicadores de resultado (taxa) de efectividade na prevenção de complicações; modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem e satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de enfermagem são as categorias com maior frequência, logo seguida de indicadores epidemiológicos.

Desconhecemos estudos realizados na área da enfermagem de saúde mental, no âmbito comparativo, e no campo dos adolescentes.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO

2.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM UNIDADES DE INTERVENÇÃO NA CRISE DO ADULTO - MÓDULO II

Neste Capítulo, pretendo explicitar a razão da creditação dada às competências adquiridas ao longo de 16 anos de exercício de enfermagem, na área da Saúde Mental, alguns em Unidades de intervenção na crise, no adulto.

A minha actividade profissional remota a 1998, altura em que decidi dedicar-me de “corpo e alma” às pessoas necessitadas de cuidados de saúde mental, integrando o Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, Instituição Particular de Solidariedade Social. Presente em Portugal desde 1894, realiza a sua missão em doze estabelecimentos de saúde, preferencialmente psiquiatria, psicogeriatría, deficiência mental, psicopedagogia, dependências e reabilitação psicossocial. O modelo assistencial preconizado assenta numa concepção integral e dinâmica da pessoa, a qual é o centro da missão, e num conceito global de saúde que contempla e articula as dimensões bio-psico-sociais, espirituais, éticas e relacionais.

Estive, durante 3 anos, na Casa de Saúde do Bom Jesus- Braga, Unidade de Curto internamento e outras Unidades residenciais e de reabilitação. Na Casa de Saúde da Idanha- Lisboa, 8 anos: 4 em curto internamento 4 em Unidades residenciais e de reabilitação, aqui como trabalhadora- estudante (Mestrado de Teologia), 2 anos e meio em Angola, integrando uma equipa móvel de saúde mental, 1 ano na Casa de Saúde de S. Rosa de Lima, Belas, em psicogeriatría, e, desde Março, deste ano, no Centro de Recuperação de Menores, Portalegre.

Considerando a definição de crise de Lagerquist (2006), assumida por Townsend (2011), como um acontecimento súbito na vida de uma pessoa, que perturba a homeostase, durante a qual os mecanismos de coping habituais não conseguem resolver o problema e, recordando as múltiplas causas clínicas desse impedimento, ao longo de todos estes anos, contemplo, integrada em equipas multidisciplinares, avaliações abrangentes das necessidades em saúde mental do doente e respectiva família; necessidades que pediram intervenções de enfermagem interdependentes e autónomas, em procura constante pelo respeito dos valores universais na relação profissional: igualdade, liberdade responsável, verdade e justiça, altruísmo e solidariedade, competência e aperfeiçoamento profissional (Código Deontológico, 1998).

Acompanhei profissionalmente, pessoas com perturbações relacionadas com dependências aditivas (álcool e droga), perturbações psicóticas e Esquizofrenia, perturbações do humor, perturbações da alimentação, do sono, da personalidade, etc.

Nos diferentes contextos de trabalho, colaborei na organização, coordenação, realização, supervisão e avaliação das intervenções de enfermagem, sobretudo no 2º e 3º nível de prevenção. Cooperei na integração de novos Enf.ºs e alunos de enfermagem e de outras áreas profissionais.

Foram realizadas avaliações do estado mental, desenvolvidas competências de comunicação terapêutica, entrevista, Relação de Ajuda ao utente e familiar. Foram feitas abordagens orientadas para a realidade, técnicas de resolução de problemas, técnicas de relaxamento, acompanhei grupos de experimentação de novos psico-fármacos, actuei em situações de urgências médicas e colaborei em sessões de electroconvulsivoterapia. Acompanhei a adesão terapêutica a doentes internados que a tinham abandonado e situações de internamento compulsivo.

Desenvolvi sensibilidade para detectar alterações cognitivas e da percepção, desajustes comportamentais, desequilíbrios afectivos, alterações de humor e deficits de vária ordem.

Nos 2 anos e meio, em África, o exercício de enfermagem foi enriquecido com a integração numa equipa móvel de enfermeiras que fazem atendimento de adultos e crianças, a nível ambulatorial, com escassos recursos, em Angola, país sem política de saúde mental instituída com todas as consequências que daí advém, como falta de técnicos, formação, medicamentos e estigma elevadíssimo, sendo o nosso maior empenho em colaborar na instituição de uma política de saúde mental, na formação de técnicos e nas inúmeras acções de formação sobre a doença mental e o estigma social.

2.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM UNIDADE DE INTERVENÇÃO NA CRISE NO ADOLESCENTE – MÓDULO III

I. Pedopsiquiatria- Objectivos de estágio

Baseada no interesse pessoal e profissional de conhecer e intervir na assistência ao adolescente, necessitado de cuidados de saúde mental, nos conteúdos teóricos programáticos assistidos, nas competências do EESM, no guia orientador de estágio, nas pesquisas bibliográficas, na experiência profissional em serviços de saúde mental, curto e longo internamento e na proposta académica do local de estágio e nas orientações do professor tutor do mesmo, realizei o estágio, em Pedopsiquiatria, entre 29 de Abril e 20 Junho.

Tendo sido alertada das limitações com que poderia me confrontar, no que se refere à autonomia das minhas intervenções, devido à complexidade e especificidade do serviço, não me impediram de avançar para os objectivos traçados para o estágio, que foram sendo avaliados e adequados às circunstâncias, de modo a adquirir competências de EESM.

Descrição e análise dos objectivos e das actividades desenvolvidas

➤ OBJECTIVO GERAL

Desenvolver competências de Intervenção Especializada em ESM em adolescentes internados.

➤ OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

1. Integrar a equipa multidisciplinar
2. Prestar cuidados de enfermagem do âmbito psicoterapêutico
3. Realizar um acompanhamento individual
4. Realizar uma reflexão sobre o enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade de Cuidados de ESM: A organização dos cuidados de enfermagem

1- Integrar a equipa multidisciplinar

Para a integração na equipa multidisciplinar foi necessário conhecer o serviço de Pedopsiquiatria: as características da Unidade e da equipa multidisciplinar, tipologia dos doentes assistidos e a caracterização da equipa de enfermagem e de organização dos cuidados.

➤ **Caracterização da Unidade e da equipa multidisciplinar**

A Unidade de internamento da Pedopsiquiatria, está constituída desde 2001 e é a única situada dentro do perímetro do HDE, num espaço físico único e muito pequeno, com 4 quartos (lotação para 10 camas), gabinete de enfermagem, 3 gabinetes polivalentes, sala polivalente/refeitório e um pequeno espaço exterior, entre outros. Constitui uma das 4 áreas de diferenciação técnica do HDE (Hospital de dia, equipas comunitárias, Unidade de internamento e Unidade de Urgência) e abrange a área geográfica de ARSLVT. A sua indicação e caracterização encontram-se publicadas na Internet, no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE.

Chama a atenção, na Unidade, a disponibilidade de um espaço com todas as paredes e chão almofadados para o adolescente se recolher, acompanhado pelo profissional de enfermagem, quando se encontra com um nível de raiva mais elevado e descontrolado e pode descarregá-la, movimentando-se à vontade e com segurança. O projecto foi pensado pelo Enf.º Chefe, e a avaliação é de que a administração de terapêutica SOS, diminuiu. Acompanhei algumas vezes esta intervenção autónoma de enfermagem.

O espaço físico considerei-o um condicionante, que afecta, não só, a organização dos cuidados, a privacidade, intervenções que pedem espaço, o bem-estar dos profissionais e dos utentes; como o nº de camas do internamento ser substancialmente inferior às necessidades (lista de espera enorme, com necessidade de avaliações permanente da equipa multidisciplinar, das situações mais urgentes e o risco de altas precipitadas).

A equipa multidisciplinar é constituída por 3 pedopsiquiatras, 2 psicólogas, 1 terapeuta ocupacional, 15 Enf.ºs, 1 dietista e 1 assistente social e 1 assistente operacional.

O modelo de intervenção da equipa baseia-se numa continuidade de cuidados: da promoção da saúde mental à reabilitação, e tratamento multidisciplinar integrando aspectos bio-médicos, relacionais e psico-sociais. O evitamento da cronicidade, da marginalização e das sequelas deficitárias são uma preocupação constante, exigindo, frequentemente, um processo terapêutico longo e um trabalho assíduo com a família e a escola, pelo que pude observar nas preocupações das reuniões da equipa multidisciplinar e na integração da família, no projecto terapêutico. Este último consiste na definição e adopção, por parte da equipa multidisciplinar, de intervenções clínicas, farmacológicas e psicoterapêuticas, de acordo com as necessidades individuais de cada adolescente, em acordo com este e com a sua família. É estabelecido em acordo da família e do próprio adolescente.

Diariamente a **equipa reunia**, para apreciação e decisão do projecto terapêutico dos adolescentes. O Enf.º, na minha opinião, tinha um lugar fundamental nas decisões da equipa, espaço onde eu confirmava a necessidade de uma formação especializada em ESM. Nestas reuniões, de mais ou menos 2 horas, ofereceram-me várias oportunidades de expor a minha posição e opinião em relação aos adolescentes; questionamento de conhecimentos anteriores e necessidade de aprofundamentos variados em temas sobre psicopatologia e psicofarmacologia do adolescente. Percebi a demora, a dificuldade e o cuidado na definição dos diagnósticos médicos, do adolescente. Destacou-se, desde cedo, a necessidade de

aprofundar conhecimentos sobre perturbações do comportamento alimentar, surtos psicóticos e tentativas de suicídio.

Semanalmente, à 4ª feira realizava-se a **reunião comunitária**, que consistia num espaço privilegiado de partilha entre aos jovens e a equipa multidisciplinar (médico, Enf.º, terapeuta ocupacional, psicóloga, assistente operacional). Pretendia-se, nesta intervenção em grupo, melhorar, não só, a adequação às intervenções e às necessidades do adolescente, como tentar perceber a forma como este percepcionava os seus problemas e as suas respostas terapêuticas. Pude perceber a importância desta reunião, no valor das conversas informais suscitadas, entre os dois grupos: temas, como a timidez, fazer amigos, drogas e dependências, regras de vida, e observar também, e em desacordo, a desproporção do nº de técnicos em relação aos adolescentes, pelo que me vi, algumas vezes, com necessidade de me retirar, para não dificultar a exposição dos adolescentes, a qual eles próprios verbalizavam.

➤ **Tipologia dos Doentes**

A Unidade de internamento destina-se a jovens de ambos os sexos, de idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos exclusive, com problemas de saúde que interferem e comprometem o desenvolvimento do adolescente e sua família. O acesso à Unidade realiza-se a partir do Serviço de Urgências ou através de uma admissão programada. As indicações de internamento abrangem um leque alargado de quadros psicopatológicos:

- Sintomatologia aguda psiquiátrica que, pela sua gravidade, disfuncionalidade ou pelo risco que apresenta para o adolescente ou para outros, dificulte ou inviabilize o tratamento em ambulatório;
- Situações clínicas psiquiátricas que apresentem risco de vida, como anorexia nervosa grave, estados catatónicos ou ideação suicida mantida;
- Situações agudas do foro psicopatológico em que o elevado nível de disfuncionalidade familiar impeça, na fase inicial, o seu adequado tratamento em ambulatório;
- Necessidade de reavaliação da terapêutica psicofarmacológica em situações graves, resistentes aos esquemas terapêuticos instituídos em ambulatório.

Constituem contra-indicações para o internamento, nesta Unidade, situações de toxicod dependência, comportamentos delinquentes e de cariz anti-social acentuado, alterações de comportamento, decorrentes de situações sociais graves, que exijam medidas de âmbito educativo e reeducativo e quadros clínicos de evolução prolongada que necessitam de medidas de reabilitação.

A média do internamento é de 28 dias, que poderão ir de 1 semana a 3 meses, sendo os diagnósticos médicos, mais frequentes, as perturbações do comportamento alimentar, surtos psicóticos e as tentativas de suicídio.

Acrescenta-se ainda, que as **visitas de família**, naturalmente, assumem grande importância no projecto terapêutico do adolescente. As visitas de pessoas significativas ou representante legal

são realizadas de acordo com esse projecto e segundo o plano de cuidados. O acompanhamento das visitas e sua duração é adaptado à evolução favorável do adolescente, durante o internamento, sendo, sempre que necessário, definido novo horário e tempo de duração da visita. As intervenções com este grupo, apresentaram-se para mim, como impossíveis, devido ao tempo que a família já dispensava com o médico, psicóloga, e o Enf.º de referência do adolescente ou o horário laboral dos cuidadores incompatível com o meu. Além disso, não assumindo a função de Enf.ª de referência (razão que explico mais à frente) custava-me “ocupar” o tempo que a família dispunha, pois por si já tinha, algumas vezes, que disponibilizar tempo com o médico assistente, psicóloga, Enf.º de referência, e o seu visitado. Aos pais e acompanhantes é fornecido um guia de acolhimento (**Anexo 1**).

➤ **Equipa de enfermagem**

A equipa de enfermagem é constituída por 15 Enf.ºs, 5 especialistas, 3 a concluir os estudos e 7 Enf.ºs de cuidados gerais. Todos trabalham em rollman, à excepção de 2 Enf.ºs, o Enf.º chefe e outra Enf.ª.

O método de trabalho, adoptado pela equipa de enfermagem, é o **Enf.º de referência**. Cada Enf.º é responsável pelos cuidados totais, vinte e quatro horas por dia, durante todo o internamento de um adolescente, que lhe é atribuído, ou que ele mesmo assume, existindo, como vantagens, uma descentralização das decisões, um ganho na aliança terapêutica entre adolescente e Enf.º, e uma maior satisfação do mesmo Enf.º.

Este, assume, de forma particular, a responsabilização da gestão do **milieu therapy**, A expressão milieu therapy significa “a estruturação científica do ambiente de modo a provocar mudanças comportamentais e a melhorar a saúde psicológica e o funcionamento do indivíduo” (Skinner, 1979, citado por Mary Townsend, 2011, p. 202). Devido ao facto de ser o único membro, da equipa interdisciplinar, que passa maior tempo com o adolescente, as possibilidades do estabelecimento de uma relação de confiança são maiores. O Enf.º está atento às possibilidades de manipulação desse ambiente, de modo a que todos os aspectos da experiência hospitalar sejam, considerados terapêuticos. Espera que o adolescente apresente um coping adaptativo, interacção e capacidade de relacionamento com os profissionais e os pares. Intervém na formulação, actualização, implementação e avaliação do projecto terapêutico, definido pela equipa interdisciplinar.

O Enf.º de referência pode tomar as decisões necessárias que asseguraram a qualidade de cuidados. Idealmente, é também ele que é chamado a fazer a colheita de dados, os diagnósticos de enfermagem e a planificação dos cuidados, assegurar a continuidade destes, através da elaboração de planos escritos (ex: definir um horário de ocupação de tempo), planear a alta (ensino ao adolescente e família e encaminhamento apropriado desde a admissão à Unidade). De salientar que, devido a razões de complexidade do serviço, se entendeu e decidiu não me assumir como enfermeira de referência dos jovens internados,

vendo-me assim limitada na autonomia de decisão e intervenção. Não me foi vedada, porém a possibilidade de acompanhar algumas intervenções, outras, por questões éticas, me retirei.

Em relação à preparação e **administração terapêutica**, sobressai, em termos de aquisição pessoal, os conhecimentos sobre a dosagem de fármacos segura, em virtude da variação da idade, do peso, IMC, capacidade de absorção, e da metabolização dos medicamentos e possíveis efeitos secundários e os cuidados de enfermagem inerentes aos mesmos. Constituiu também dimensão de atenção maior, para mim, a atenção na adesão terapêutica, com uma explicação cuidada individualizada, sobre o significado de cada fármaco para a recuperação da saúde do adolescente.

A entrevista de enfermagem, juntamente com a psicoterapia, constituem os grandes pilares do diagnóstico e do tratamento. A entrevista de enfermagem, recorrendo à Relação de Ajuda, constitui uma das intervenções de enfermagem, mais significativas, no que se refere ao seu impacto no projecto terapêutico, do adolescente. A escuta, a compreensão, o acolhimento, o altruísmo, a solidariedade, inerentes à Relação de Ajuda, sobressaem, de forma particular nos cuidados. Pude acompanhar alguma das fases de preparação, orientação, exploração e conclusão da mesma, ou eu mesma pude realizá-la, de forma mais sistemática, com a jovem com a qual realizei um Estudo de Caso, o qual abordo mais à frente.

Em termos de entrevista de acolhimento, pude apenas participar numa, acompanhando a enfermeira de referência que me deixou um testemunho positivo de postura ética na 1ª recolha de informação sobre a adolescente, com esta presente, em que o cuidador principal era uma psicóloga, trabalhadora do Centro de acolhimento, onde a jovem se encontrava a viver. A habilidade em escutar, na assertividade, e no aproveitamento do tempo disponível, para escolher o essencial e deixar as informações secundárias, para outro momento, foi apreciada de forma positiva. Em anexo (**Anexo 2**) apresenta-se o modelo de notas de enfermagem, na admissão. Hoje percebo que poderia ter aproveitado melhor a oportunidade desta intervenção, num Estudo de Caso ou na continuidade de cuidados desta jovem. Não o fiz, pensando que nos dias seguintes surgiriam outras oportunidades, mais ideais, para acompanhar uma jovem, desde a sua admissão, como o realizar a entrevista sozinha, ter tempo, privacidade, planejar a entrevista em si.

O esforço na recolha do maior número possível de informações sobre o adolescente e a família, foi observável, por mim, quer através da informação escrita existente no processo clínico, na circulação e análise da informação na equipa multidisciplinar, quer pelas notas de alta realizadas, quer pelo médico, quer pelo Enf.º. O rigor dos **registos de enfermagem**, no que se refere a uma linguagem classificada de enfermagem, era mais evidente, durante o acompanhamento de alunos de estágio, pois havia o cuidado de se ser objectivo, por exemplo na definição do juízo, do tempo, ou da localização de um diagnóstico ou de uma intervenção. Acrescenta-se que, para mim, foi também um enriquecimento a presença simultânea destes ao meu estágio, pois além de trabalharem com interesse nos diagnósticos de enfermagem, me confrontava com a exigência das minhas competências em relação às deles, como futuros enfermeiros de cuidados gerais.

Em termos de equipa de enfermagem, **as passagens de turno**, que podiam demorar uma hora, ofereceram-se e ofereceram-me tempos muito úteis de, e como algo novo, não só de transmissão de informação e reflexão de equipa, em termos de decisões diárias, como também espaço de partilha e ajuda, de verbalização de sentimentos e da vulnerabilidade própria do Enf.º, mais sentida neste Serviço de atendimento a adolescentes.

No projecto terapêutico de todos os adolescentes é incluída a participação em **actividades psicoterapêuticas**, actividades estas lideradas pelos Enf.ºs, algumas realizadas em colaboração com outros técnicos. Esta intervenção, constituirá o 2º objectivo de estágio.

Observar atentamente as variadas intervenções dos Enf.ºs (**Anexo 3**) ao longo de um turno, e captada a oportunidade do estágio se oferecer como possibilidade de aprender observando e escutando (e aqui, esta habilidade foi sendo percebida, a algum custo, ao longo do estágio, como positiva, em oposição ao desejo de realizar tarefas, como anteriormente pensado no projecto de estágio), levou a aceitar o desafio do professor tutor da UCP, a um estudo sobre os padrões de qualidade dos cuidados especializados em ESM, trabalho que levou à realização de um novo objectivo de estágio (4º).

2- Prestar cuidados de enfermagem do âmbito psicoterapêutico

De entre as várias intervenções, de âmbito psicoterapêutico, realizadas pela equipa multidisciplinar, percebi serem realizadas as cognitivo- comportamentais e algumas em parceria de equipa. Destaco o plano terapêutico para adolescentes com perturbações alimentares, cuja adesão pedia um acompanhamento motivador de todos; muito do enfermeiro. Foi interessante, novo, mas também assustador, para mim, acompanhar estas jovens, no seu desejo de recuperação e de confronto com as dificuldades de se auto-superarem, conquistando as etapas sucessivas de ganho de peso (**Anexo 4**). O Enf.º assume, sozinho ou acompanhado com outros profissionais, a técnica de **role-play** racional-emocional, realizada com o adolescente e família, mas não participei em nenhuma, pois decorreram fora do meu horário de estágio. Como terapia comportamental, realizava-se o **treino em assertividade**, realizado pela médica, psicóloga ou pelo Enf.º, por exemplo nas situações de adolescentes vítimas de bullying, ou com dificuldades na comunicação. As intervenções a nível pedagógico correspondem à solicitação de professores que acompanhavam individualmente o percurso escolar do adolescente.

A **ludoterapia** faz parte também das actividades psicoterapêuticas, encontrando-se alguns dos jogos, ao alcance, não só dos adolescentes, como de todos os profissionais da equipa multidisciplinar, que decidam esta intervenção. De forma descontraída, sem preocupação de objectivos, realizei alguns jogos de descontração, com os adolescentes, como jogar às cartas, dominó e damas.

Existe também, na Unidade, um armário de livros, os quais os adolescentes podiam solicitar e ler quando quisessem.

A intervenção é escolhida, como referido anteriormente, pela equipa multidisciplinar, de acordo com o plano de cuidados individual, cada adolescente. O serviço está organizado, de forma sistemática, a proporcionar actividades de cariz terapêutico: didácticas, lúdicas, expressivas, plásticas, artísticas, que melhor potenciam o seu projecto terapêutico, e que possam oferecer os seguintes objectivos, enunciados em documento interno do serviço:

- Favorecer o desenvolvimento de processos psicológicos, a nível do desenvolvimento pessoal e da aprendizagem;
- Fornecer um nível base de estimulação capaz de activar processos que permitem a tomada de consciência das dimensões intra-psíquicas e relacionais;
- Facilitar a aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros;
- Promover o bem-estar emocional, a comunicação, relações inter-pessoais adequadas e gratificantes;
- Permitir e favorecer a expressão de sentimentos;
- Promover a aquisição de novas atitudes e comportamentos num contexto protegido (reduzindo as próprias defesas, explorando e tomando consciência de aspectos que lhes dizem respeito);
- Contribuir para a mobilização de todos os recursos e potencialidades de cada adolescente, de forma a contribuir para uma adaptação mais ajustada à vida, no seu quotidiano, após a saída/ alta da Unidade.

O plano psico- terapêutico regular de grupo, semanal, era constituído por oficinas de expressão dramática, expressão plástica, cineterapia, relaxamento, culinária e atelier de beleza.

Colaborei nas várias “oficinas da semana”, no planeamento, realização e avaliação das mesmas. Cooperei na selecção das actividades mais adequadas para cada jovem, visando as necessidades destes, tendo em conta as observações sistemáticas que se realizavam ao longo do internamento do mesmo, na promoção de um ambiente propício ao desenvolvimento das actividades seleccionadas, na observação do jovem recém- internado, no levantamento das necessidades de saúde.

A avaliação era realizada de forma informal, onde se buscava perceber as competências pessoais (concentração, a iniciativa, expressão da opinião), sociais (respeita o espaço do outros, desempenha os papéis que lhe são atribuídos, deixa-se ajudar); cognitivas (ultrapassa dificuldades, compreensão, memória); emocionais (expressa sentimentos, regula emoções) e motoras (movimentos finos, existência de tensão muscular). Mais tarde percebi que existia uma grelha de avaliação das actividades, simples e bastante interessante (**Anexo 5**), mas não era usada pela equipa, de forma sistemática. Hoje percebo que eu mesma poderia ter criado uma grelha de avaliação das actividades, para acompanhar melhor a evolução dos jovens, em termos de ganhos em saúde.

Este objectivo constituiu-se como um grande desafio de aprendizagem no relacionamento e cuidado dos adolescentes, ao gerir, não só, alguns dos seus sentimentos, face à participação assumida nestas actividades, como: desconhecimento, desmotivação, medo, decepção, liderança, ansiedade, isolamento, expectativa, etc, da parte dos adolescentes, como também, da minha parte, gerir sentimentos de medo de errar, na comunicação, nas avaliações e decisões, na gestão do prosseguimento das sessões, aquando dos imprevistos, como comportamentos agressivos, choros, desistência, interrupções, etc. Adquiri, portanto, competências de observação especializada e focalizada, comunicação terapêutica, gestão de emoções, aprofundamento de conhecimentos, trabalho de equipa, planeamento e avaliação de actividades de grupo.

Percebi que determinadas situações exigiam um trabalho de psicoterapia continuado, sendo depois o adolescente encaminhado para uma consulta de psicologia ou para um Centro de Dia para trabalhar determinadas áreas deficitárias no seu desenvolvimento.

Assumi a realização de uma sessão de cineterapia: “Billy Elliot” e outra, de Biblioterapia que passo a explicitar.

Cineterapia “ Billy Elliot” (Anexo 6)

Segundo Calisch (2001), citado por Richamont (2010), as películas são metáforas que podem ser utilizadas em terapia tal como os mitos, histórias, contos e narrações, terapeuticamente construídas. Estas questionam a ordem afectiva e favorecem o impacto do insight cognitivo, o “dar-se conta”. Devido ao facto de estimularem sentimentos, aumentam a probabilidade das pessoas procurarem novos comportamentos e desejos, sendo adequada tanto para adultos como para adolescentes.

Ainda que desconheça a literatura sobre o uso terapêutico de películas, a popularidade das intervenções das películas tem vindo a aumentar. A imagem, a palavra e a música que o espectador captam do filme, podem, portanto, afectá-lo e produzir nele uma introspecção e uma identificação que, com a ajuda do terapeuta, podem servir de espaço terapêutico, definido segundo os objectivos traçados por ambos.

Billy Elliot, drama e comédia, foi o filme escolhido para esta actividade de Cineterapia. O filme conta a história de um adolescente de 11 anos de idade, que pratica boxe, membro de uma família humilde, mas que se apercebe, com a ajuda de uma professora, do seu talento para o ballet. Para os ensaios, Billy confronta-se com a oposição do pai e do irmão e de um conflito interior de orientação sexual. Billy acaba por conseguir que o pai o ajude a alcançar o seu desejo: ser bailarino. Billy frequenta uma escola especializada e concretiza-se o seu sonho.

A sessão teve como **objectivo principal** promover o insight cognitivo e afectivo e como **objectivos específicos**: i) Favorecer a expressão de sentimentos, com possível identificação com contextos adversos visualizados na película; ii) Facilitar a aquisição de novos modos de

pensar, sentir e relacionar-se com os outros; iii) Percepção de estratégias de resolução de problemas; iv) Promover bem-estar emocional.

Dos 10 jovens internados, participaram 9 jovens, 2 das quais, por sono, não conseguiram acompanhar a 2ª parte do mesmo. O que não pôde participar encontrava-se em consulta médica.

Como factores adversos, externos à concentração existiram, apenas, as interrupções por parte dos técnicos, e um bloqueio técnico do filme; e internos, o sono.

A avaliação da actividade, foi programada a partir de:

1- Observação da expressão facial (choro, riso, apreensão) e expressões verbais durante o filme: o filme foi seguido com atenção e vigilância por 7 jovens, 2 deixaram-se dormir, em alguma parte do filme.

2- Nº de adolescentes que respondem à proposta de partilha (realizar um pequeno resumo do filme; de que gostei mais no filme; que mensagem me transmite): evidenciou-se sensibilidade para os temas suscitados no filme: conflitos familiares, a raiva, a coragem, a amizade, necessidade de diálogo para dar a conhecer aos outros o que sentimos, a persistência. Pareceu-nos, portanto, o alcance do objectivo da actividade: contacto e partilha dos adolescentes com o seu eu pessoal. Todos os adolescentes disseram alguma coisa.

O tema da orientação sexual do adolescente não é colocado na mesa. Causas? Não foi percebido no filme, tema desconfortável para ser conversado no grupo? Esquecimento? É interessante, perceber, hoje, como deixei em aberto, na minha mente, estas questões, ainda que as tivesse partilhado com o profissional que acompanhou comigo, a parte final do filme. Quem sabe se algum adolescente não ficou à espera de uma segunda abordagem e uma ajuda para falar sobre alguma realidade pessoal que gostava de partilhar. Ou será que eu mesma estava preparada para falar sobre este assunto? Se calhar aceitei o caminho mais fácil: do comodismo. Penso que fiz duas aprendizagens: explorar todas as possibilidades ao meu alcance para poder aprofundar a relação terapêutica, preferencialmente, de forma personalizada, e ser metódica e objetiva no planeamento e realização do meu trabalho.

Algumas frases identificadas pelos adolescentes. “A gente quando quer uma coisa de que gosta, tem de ser persistente!”; “Temos de ter força de vontade, coragem e ambição”; “Os pais às vezes não compreendem os gostos dos filhos”. Verificou-se, também, capacidade de escuta de uns dos outros, bem como atenção quando o Enf.º devolveu o que os adolescentes disseram, em forma de síntese.

Creio que o filme ofereceu, para os adolescentes, algumas referências contextuais, do enfrentamento da vida perante os obstáculos na concretização dos sonhos pessoais, que eu poderia ter percebido, de forma mais aprofundada, com cada um, de acordo com o seu quadro clínico, e com os objetivos das intervenções de âmbito psicoterapêutico, enunciados, anteriormente.

3- Frases escolhidas para escrever no quadro da parede e comentários posteriores ao filme: as frases e um resumo do filme foram escritas num quadro, e num pequeno jornal de parede: “Vimos um filme: “Billy Elliot”, que falava sobre um jovem querer ser bailarino e o pai

não deixar, mas com a ajuda de uma professora ele vai para uma escola e o pai passa a apoiá-lo”.

Não se verificaram porém, comentários posteriores à actividade (continuarem a falar do filme, que avaliávamos como positivo), questionamos as causas: não estarem à vontade uns com os outros para partilharem sentimentos, comportamento de desmotivação devido a sentimentos de tristeza/ depressão, não o fazerem na presença de adultos...

Concluindo, a actividade conseguiu alcançar os seus objectivos, de uma forma geral, sendo classificado como podendo integrar a pasta de selecção dos mesmos, para outras ocasiões.

Biblioterapia, poesia (Anexo 7)

Segundo alguns autores, a literatura, por essência, constitui uma maneira de trabalhar simbolicamente a experiência humana. Porque ela pressupõe representações imaginárias dessas experiências, representações cujo porta-voz é o psicopedagogo, ela traz consigo aquilo que é indizível no campo da linguagem, em que as emoções, os afectos, os pensamentos são reconhecidos, identificados na forma literária, podendo integrar o campo da consciência, quando antes estavam ignorados (Rebelo, 2005).

Após a escolha de uma entre três poesias apresentadas à equipa de enfermagem, com potencialidade de provocar, no jovem, temas comuns a esta faixa etária, planeou-se esta actividade terapêutica, para mim nova, e pelo que percebi, na Equipe, não muito habitual, mas aceitei o desafio lançado por um Enf.º.

A actividade teve como **objectivo principal** criar um espaço de partilha, de contacto com o eu pessoal de cada adolescente, em forma de catarsis, e como **objectivos específicos**: i) Favorecer a expressão de sentimentos; ii) Promover bem-estar emocional, a comunicação, relações inter-pessoais adequadas e gratificantes; iii) Aumentar a confiança grupal; iv) Fornecer um nível base de estimulação capaz de activar processos que permitem a tomada de consciência das dimensões intra-psíquicas e relacionais.

A avaliação da actividade foi planeada a partir de:

- **Nº e motivação inicial de adolescentes que aderiram à proposta**- ao ser lembrada a actividade do dia, 6, entre 10 jovens, manifestaram não querer participar, mesmo após se lhe ter lembrado a decisão em grupo da actividade, na 2ª feira anterior. Realizou-se a sessão com 4 jovens e 2 Enf.ºs. A desistência de alguns não impediram de se avançar com quem estava interessado, tendo-se respeitado as desistências. No início, sentiu-se alguma apreensão, pois ao se explicar o objectivo da mesma, manifestaram que pensavam que era para escrever uma poesia... aceitaram porém o desafio. Foi necessário introduzir, ao longo da sessão, elementos de motivação e de significado ao silêncio que iam surgindo, bem como de conter a vontade de uma jovem desistir da actividade. Identificado como importante agarrar os temas surgidos, sem porém perder de vista a poesia;

- **Concentração na leitura individual da poesia**- conseguiu-se o tempo e o espaço necessário para tal;

- **Nº de adolescentes que responderam à proposta de partilha (que parte da poesia chama mais a atenção e /ou com que me identifico; existência de alguma parte em que se está em desacordo, outras partilhas espontâneas)**: os temas abordados foram variados e considerados pertinentes, como a felicidade, estar sozinho, ter saúde, pedir ajuda, fazer asneiras/ errar, mudar de comportamento, tipos de amor. Todos participaram espontaneamente;

- **A avaliação da actividade por parte dos adolescentes e do Enf.º presente na actividade**: a avaliação dos participantes foi que a actividade foi agradável e que pode ser repetida a experiência, que chamaram reflexão. Da parte do Enf.º, que acompanhou a actividade comigo, confirmou que correu bem, houve participação dos intervenientes, que os animadores conseguiram adequar as intervenções necessárias, para alcançar os objectivos da mesma, como escutar, dar feed-back, moderar fugas ao tema, equilibrar tempo dado a cada um, manter o elemento que queria sair e que às vezes interrompia o diálogo.

Pessoalmente adquiri competências de técnicas de comunicação, gestão de emoções, criatividade, trabalho em equipa, gestão de imprevistos, aprofundamento de conhecimentos sobre cineterapia.

Avalio tendo havido ganhos em saúde mental para os adolescentes, no alcance dos objectivos pré- definidos, ainda que não avaliados, de forma individualizada, tal como, na intervenção anterior, do filme. Poderia ter percebido mais ganhos e mesmo indicadores, abordando os jovens individualmente, os que participaram e não participaram, pesquisando e/ ou elaboração uma grelha de avaliação mais específica, por exemplo, quais as competências mais mobilizadas, grau de satisfação pessoal pela actividade, nível de concentração, classificação dos sentimentos verbalizados. Poderia ter percebido melhor a oportunidade em si da actividade, no plano terapêutico de cada adolescente. Vou percebendo assim duas coisas: a diferença de um trabalho mais geral de um mais especializado, a que um EESM é chamado, que se concentra, no aprofundamento, na atenção personalizada, na objetivação das intervenções e da linguagem escrita. Segundo: o sucesso das intervenções não está muitas vezes, na escolha da actividade em si, mas na forma como ela é mobilizada pelo profissional.

3- Realizar um acompanhamento individual

Um estudo de caso, refere- nos Phaneuf (2005, p. 91), ajuda o profissional a descobrir as dificuldades que enfrentam as pessoas cuidadas, a identificar os problemas com uma certa precisão e, em consequência, a diagnosticá-los. Além disso, a planificação deste processo permite-nos decidir sobre a acção a empreender para os resolver e avaliar os resultados das

intervenções. Por isto o estudo de caso foi selecionado como metodologia de investigação e acompanhamento individual de uma jovem internada.

O acompanhamento foi realizado a uma jovem de 13 anos, que esteve internada 16 dias, por tentativa de suicídio, com ingestão medicamentosa (**Anexo 8**). A jovem evidenciou compreensão da influência dos factores adversos, que precipitaram a tentativa de suicídio, embora durante quase todo o internamento tivesse sido difícil interagir com a jovem, que se demonstrou muito inibida e chorosa com todos os técnicos.

Os critérios que orientaram a escolha deste caso foram a possibilidade de interagir com a família e dialogar com facilidade com a pedopsiquiatra, da utente em causa, sendo-me atribuída, por uma Enf^a da equipa. Como metodologia para a realização deste estudo de caso, usei a informação recolhida pela pedopsiquiatra, durante a admissão da jovem às Urgências e a primeira entrevista médica e de enfermagem (não estive presente) com a família, a observação, diálogo com a equipa multidisciplinar e as abordagens terapêuticas realizadas durante o internamento, por mim e pelos outros Enf^{os}. Participei também alguns dias nas reuniões da equipa terapêutica e consultei o processo clínico.

No decurso do mesmo, recorra à pesquisa bibliográfica, para que me permitisse, de forma sustentada, fazer uma análise e reflexão crítica do caso, assim como a construção de um plano de intervenção de enfermagem, que fosse efectivo e eficaz.

O estudo de caso teve como **objectivos pessoais**: i) Descrever a situação clínica da utente em estudo; ii) Desenvolver competências de intervenção de crise no adolescente e sua família; iii) Desenvolver e mobilizar o conhecimento teórico para as práticas de enfermagem especializada; iv) Aplicar e desenvolver de forma sistematizada o processo de Enfermagem; v) Desenvolver um espírito crítico, flexível e criativo.

Foi realizado um estudo da **história de vida, com realização do genograma, do ecomapa e exame do estado mental**. Foi feita uma identificação dos **stressores e factores de defesa**, segundo o modelo de Betty Neuman (Albuquerque, 2002).

Os **diagnósticos de enfermagem** tentaram seguir a orientação NANDA I (Townsend, 2011), e foram os seguintes:

- 1- Risco de suicídio, relacionado com o bullying e humor deprimido, manifestado por automutilações anteriores e tentativa de suicídio anterior. Pesquisa na internet: “suicídio sem dor”;
- 2- Processos familiares disfuncionais, relacionados com separação dos pais, irregularidade das visitas do pai com a mãe, hospitalização do pai por alcoolismo; manifestado por conflitos e irritabilidade, preocupação e medo de perder o pai;
- 3- Auto-estima baixa relacionada com: bullying e excesso de peso, manifestada por isolamento social, humor deprimido, diminuição do rendimento escolar, e negação a comer.

As **intervenções de enfermagem**, cuja linguagem não obedece ao rigor de uma única classificação, expressando-se em classificação NIC (2004), CIPE (2006) e o contributo da

experiência profissional, encontram-se apresentadas em anexo. Consideraram o modelo de Betty Neuman, querendo contemplar a pessoa cuidada como um todo, em todas as suas dimensões, as quais interagem entre si (fisiológica, psicológica, sociocultural e espiritual), e é afectada por forças internas (baixa Auto-estima, insegurança, ansiedade, humor deprimido, desmotivação escolar, obesidade, medo de dormir sozinha, irritação), externas (divórcio dos pais, bullying) e stressores interpessoais (dificuldades em ser ajudada pela psicóloga, desilusão em relação ao pai, isolamento social, alcoolismo e violência familiar na infância, internamento do pai, alguns conflitos com a mãe).

A intervenções tiveram os **seguintes objectivos**: i) Permitir a expressão de sentimentos; ii) Aumentar a confiança nos profissionais; iii) Diminuir a tristeza e a ansiedade; iv) Aprender a falar de si mesma; v) Aumentar a auto-estima; vi) Aprender a gerir emoções; vii) Adquirir competências para lidar com o bullying; viii) Aumentar a resiliência; ix) Motivar a frequência escolar; x) Motivar acompanhamento especializado para perda de peso; xi) Motivar para o projecto terapêutico, durante o internamento e pós- alta.

A jovem adquiriu, portanto, **ganhos em saúde**, pois os objectivos a que nos propusemos, na realização deste estudo de caso, foram atingidos. A jovem teve alta com verificação de:

- Não existência de ideação suicida, com verbalização de arrependimento da ingestão medicamentosa;
- Aumento da expressão de sentimentos e diminuição da tristeza e da ansiedade;
- Aumento da capacidade de diálogo com a mãe e desejo de retomar o acompanhamento da psicóloga;
- Motivação para ser acompanhada pela nutricionista e adoptar estilos de vida saudável, na alimentação e no exercício físico;
- Motivação para adopção de atitudes saudáveis de gestão do bullying, procurando ajuda;
- Motivação para retomar os estudos.

Pessoalmente, com este trabalho **adquiri competências em**: i) Destreza na realização do exame mental; ii) Aplicação prática do modelo de Betty Neuman iii) Levantamento de diagnósticos, segundo a NANDA e utilização de linguagem NIC, NIC e CIPE; iv) Utilização de técnicas relacionais e de comunicação; v) Entrevistas de Relação de Ajuda; vi) Aprofundamento de conhecimentos sobre bullying e suicídio na adolescência; vii) Desenvolvimento de um espírito crítico, flexível e criativo; viii) Desenvolvimento de cuidados de enfermagem de âmbito psicoterapêutico, e por último, também me permitiu conhecer melhor o impacto familiar de uma jovem internada por tentativa de suicídio.

A impossibilidade de estar presente na consulta de acolhimento e na alta, não estar assumida como técnica de referência da jovem, e os desencontros com a família, revelaram-se como limitações no acompanhamento sistemático da mesma.

4- Realizar uma reflexão sobre o enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade de Cuidados de ESM: A organização dos cuidados de enfermagem

A **organização dos cuidados de enfermagem**, constitui um dos 8 enunciados descritivos que pretende, tal como os outros 7, fornecer orientações para a definição de programas de melhoria contínua da qualidade (OE, 2011).

Este e os outros enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos Enf.ºs, visam, como afirma a OE:

“Explicitar a natureza e englobar os diferentes aspectos do mandato social da profissão de enfermagem (...) constituir-se num instrumento importante que ajude a precisar o papel do Enf.º junto dos clientes, dos outros profissionais, do público, e dos políticos e visam fornecer orientações para a definição de programas de melhoria contínua da qualidade” (2011).

Com este “mandato”, da OE e o desejo de perceber que ganhos em saúde houve, nos adolescentes internados, a partir das intervenções de enfermagem observadas e realizadas, propus-me a, pós- estágio, a esta análise crítica retrospectiva.

Entre os elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental, o RPQCEESM (2011) indica:

“A existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, os diagnósticos de ESM do cliente, as intervenções próprias de ESM e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializadas obtidos pelo cliente”.

Salientar, de novo, que a definição dos diagnósticos de enfermagem, das intervenções de enfermagem e dos resultados das mesmas não obedece ao rigor de uma única classificação expressando-se em classificação NIC (2004), CIPE (2006) e o contributo da experiência profissional.

O quadro representativo da análise, que se segue, reflecte alguns dos diagnósticos, mais observados, durante o tempo de estágio, com os respectivos ganhos em saúde, através das intervenções de enfermagem.

Quadro nº 1: Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem em Pedopsiquiatria, Maio- Junho 2013

Diagnósticos	Intervenções	Resultados
<p>-Risco de suicídio</p> <p>-Risco de auto-mutilação</p>	<p>-Relação de ajuda: escuta atenta (demonstrar interesse; escutando mensagens e sentimentos não expressos, bem como o conteúdo da conversa; estar atento ao tom, ao tempo, ao volume, à altura e à inflexão da voz, silêncio de latência);</p> <p>-Determinar a existência de um novo plano de suicídio ou de auto-mutilação;</p> <p>-Ajudar a estabelecer metas realistas e atingíveis de curto e longo prazo;</p> <p>-Ajudar a identificar estratégias de coping;</p> <p>-Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos;</p> <p>-Ajudar a identificar as situações que precipitaram a ideia de suicídio/ auto-mutilação;</p> <p>-Afastar objectos cortantes como espelhos, pinças, giletes, cintos, afias;</p> <p>-Promover esperança;</p> <p>-Promover presença e suporte emocional</p>	<p>-Aumento da abertura e da expressão de sentimentos;</p> <p>-Diminuição da tristeza e da ansiedade;</p> <p>-Aumento da esperança e da auto-confiança;</p> <p>-Inexistência de ideação suicida / de auto-mutilação</p>
<p>-Processos familiares disfuncionais</p>	<p>-Relação de ajuda à família, na Unidade de Pedopsiquiatria e por telefone;</p> <p>-Terapia familiar;</p> <p>-Entrevista familiar;</p> <p>-Identificar e fortalecer os factores de protecção/resiliência no adolescente e família;</p> <p>-Escuta, apoio emocional, aconselhamento do adolescente e da família</p>	<p>-Stress familiar diminuído;</p> <p>-Adaptação e satisfação da família ao internamento;</p> <p>-Ganho em conhecimentos dos cuidadores</p>

Diagnósticos	Intervenções	Resultados
-Auto-estima baixa	<ul style="list-style-type: none"> -Relação de ajuda: facilitar a identificação de recursos e habilidades pessoais que possam ser usados na modificação do comportamento; -Ensinar técnicas de comunicação eficaz; -Estimular a consciência de si mesmo/a, reexaminando as percepções negativas sobre si mesmo 	<ul style="list-style-type: none"> -Capacidade de expressar aspectos positivos sobre si próprio e sobre a sua situação de vida; -Capacidade para tentar novas experiências; -Existência de um bom contacto visual; -Capacidade de desenvolver relações interpessoais positivas
-Nutrição desequilibrada, relacionado a factores psicológicos	-Acompanhar e vigiar as AVD's (sobretudo alimentação, hidratação eliminação intestinal, locomoção e exercício físico em demasia)	<ul style="list-style-type: none"> -Adesão ao projecto terapêutico; -Diminuição da ansiedade relacionada com o internamento -Aumento da auto-confiança e da auto-estima
-Distúrbio da imagem corporal relacionado com a doença, caracterizado por verbalização da percepção de que se está gordo	<ul style="list-style-type: none"> -Esclarecer sobre a doença enfocando a imagem corporal; -Incentivar a expressar sentimentos de como se sente e como se vê a si mesmo; -Esclarecer qualquer concepção errónea que sente sobre si mesmo, sobre o cuidado e sobre as pessoas que prestam os cuidados; -Explorar os pontos fortes e os recursos da própria pessoa; -Psicoterapia 	<ul style="list-style-type: none"> -Aumento da consciencialização de que necessita de ajuda profissional; -Motivação para o exercício físico e alimentação equilibrada

Diagnósticos	Intervenções	Resultados
-Isolamento social	<ul style="list-style-type: none"> -Encorajar a falar dos seus sentimentos; -Encorajar a formação de um sistema de apoio, mobilizando os cuidadores; -Planear, juntamente com a equipa multidisciplinar, a continuação da recuperação de saúde, participando em grupos psicoterapêuticos, no Hospital de Dia 	<ul style="list-style-type: none"> -Aumento da interação social; -Motivação do adolescente e da família para integrar grupos psicoterapêuticos
-Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> -Promover expressão de sentimentos, dúvidas, medos; -Encorajar técnicas de relaxamento, ou outras, de gestão da ansiedade; -Determinar a presença de sintomas físicos (dor de cabeça, estômago, náuseas, dor no peito); -Monitorizar o estado emocional do adolescente e da família 	<ul style="list-style-type: none"> -Diminuição da ansiedade do adolescente e da família
-Coping ineficaz, associado a expressão da raiva de modo inapropriado, como gritar, ser agressivo, birras	<ul style="list-style-type: none"> -Manter a calma; -Fixar limites verbais para o comportamento; -Delinear claramente consequências da expressão inapropriada da raiva e manter-se sempre firme; -Ajudar o adolescente para que crie um “diário” de sentimentos que envolvem a raiva e como lidou com eles; -Ajudar o adolescente a determinar a verdadeira fonte de raiva; -Pode ser construtivo ignorar comentários iniciais depreciativos da parte do adolescente; -Ajudar o adolescente a encontrar modos alternativos de libertar a tensão, como escapes físicos e modos mais apropriados de expressar a raiva, como procurar a equipa quando os sentimentos surgem; -Exemplificar modos apropriados de expressar a raiva assertivamente, como: “ Não gosto que me chamem nomes. Fico zangado quando ouço dizer essas coisas sobre mim” 	<ul style="list-style-type: none"> -Serenidade; -Aprendizagem de modos alternativos de lidar com a raiva

Diagnósticos	Intervenções	Resultados
<p>-Violência ou risco de violência dirigido a outros relacionado com temperamento, rejeição de pares, modelos parentais negativos, dinâmica familiar disfuncional</p>	<p>-Observar frequentemente, durante as actividades e interações de rotina, o comportamento do adolescente Reparar em comportamentos que indicam aumento da agitação. Estar atento a expressões faciais; -Redireccionar comportamentos violentos com escapes físicos para a raiva e frustração reprimidas; -Encorajar o adolescente a expressar a raiva e a agir como modelo para a expressão apropriada da raiva; -Assegurar que está disponível pessoal em número suficiente para demonstrar força se necessário; -Encaminhar para quarto de isolamento; -Administrar medicação tranquilizante, se indicado</p>	<p>-Violência ou risco de violência diminuído; -Diminuição do número de conflitos com a família, educadores, pares, profissionais</p>
<p>-Não adesão à terapia, relacionada com temperamento negativo; negação dos problemas, hostilidade subjacente</p>	<p>-Estabelecer um plano estruturado de actividades terapêuticas, começar com expectativas mínimas e aumentar à medida que o adolescente começar a manifestar evidências de adesão; -Estabelecer um sistema de recompensas para a adesão à terapia e de consequências para a não adesão. Assegurar que as recompensas e consequências são conceitos de valor para o adolescente; -Transmitir aceitação do adolescente separadamente dos comportamentos indesejáveis que são apresentados</p>	<p>-Aumento da adesão às actividades psicoterapêuticas</p>

Diagnósticos	Intervenções	Resultados
-Apetite prejudicado	<ul style="list-style-type: none"> -Solicitar avaliação do serviço de Nutrição e de Medicina; -Identificar problemas relacionados com a alimentação; -Criar um ambiente agradável e relaxante para as refeições; -Orientar sobre a importância de se alimentar para a recuperação do seu estado de saúde; -Monitorizar ingestão de alimentos, IMC, sinais vitais 	-Aumento do apetite
-Insónia	<ul style="list-style-type: none"> -Monitorizar o padrão de sono e quantidade de horas dormidas; -Auxiliar o adolescente no controle do sono diurno; -Avaliar factores exteriores que prejudiquem ou fomentem o sono; -Realizar e ensinar técnicas de relaxamento; -Avaliar necessidade de terapêutica hipnótica 	-Sono restabelecido
-Deficit de auto-cuidado (tomar banho e vestir)	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar e estimular o adolescente a se auto-cuidar, - Oferecer assistência até que o adolescente esteja totalmente capacitado a assumir o auto-cuidado; -Orientar os pais/ cuidadores da importância de estimular a auto-suficiência no auto-cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> -Auto-cuidado presente; -Construção de um projecto de vida

Da observação deste quadro podemos tirar, entre outras, 2 conclusões:

1- Existe consciência do papel do Enf.º e da técnica de Relação de Ajuda, no projecto terapêutico de um jovem internado, em que a aliança terapêutica estabelecida entre o Enfº e o adolescente, são centrais para o sucesso do tratamento. O aumento da abertura da expressão de sentimentos, da motivação para as actividades terapêuticas, a diminuição da ansiedade e da tristeza, são, entre outros, ganhos observados no adolescente, que apelam a uma confirmação mensurável, através da investigação, de forma a se poder afirmar, com segurança, clareza e objectividade, quais os resultados em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem. Este não foi o objectivo deste trabalho, pois trata-se de uma análise retrospectiva, com direito às suas limitações e questionamentos, mas que, creio, pode levar a investigações futuras e reflectir em conjunto, em metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental, promotoras de qualidade.

2- Conhecer quais as intervenções habitualmente executadas em determinadas áreas ou especialidades, pode-se calcular melhor os recursos humanos e materiais necessários, exigência actual da sociedade.

II. Síntese do estágio

Considerando a utopia com que vivi este estágio, de aprender muitas coisas em pouco tempo, e os objectivos a que me propus, olho para o caminho percorrido longo e difícil, e vejo-me agora a contemplá-lo com satisfação, pela Margarida, que sou hoje.

Verifico aprendizagens múltiplas, de aquisição teórico- prática de conceitos e construtos, destacando, por exemplo, aliança terapêutica, Relação de Ajuda, empatia, habilidade, equipa multidisciplinar, aconselhamento, transferência, vulnerabilidade, role-play, cineterapia, bullying, milieu therapy, actividades psicoterapêuticas. Destaco a possibilidade de ter participado, pela 1ª vez, num Encontro de psicodrama, a convite do Enf.º Chefe e ter contactado com esta técnica psicoterapêutica utilizada com sucesso, no acompanhamento de adolescentes.

Adquiro destreza na realização do exame mental, na utilização de linguagem NANDA, NIC, NOC, CIPE, planeamento e avaliação objectiva de planos individuais e de grupo. Aumentou, em mim, a motivação para o planeamento e realização de intervenções de enfermagem autónomas, com resultados visíveis nos ganhos em saúde.

Aperfeiçoei-me na escuta, na comunicação terapêutica, na observação focalizada, na auto-gestão de emoções, no aprofundamento e reflexão sustentada em pesquisas, partilha de sentimentos de vulnerabilidade própria, falar em público.

Houve oportunidades potenciadoras de auto e hetero-confronto sobre a minha maneira de pensar, julgar, mudar de atitude, dimensões pedidas nas competências do ESSMP, que favorecem ou não a Relação de Ajuda e a eficácia dos cuidados.

2.3. PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEL, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO, NA COMUNIDADE E NOS CENTROS DE SAÚDE -MÓDULO I

I. *Sorri Jovem*- Objectivos de estágio

Os cuidados especializados de ESM ao adolescente devem reflectir, entre outros, a ajuda aos adolescentes a alcançarem o máximo potencial de saúde, e poderão concretizar-se seguindo as orientações do RPQCEESM, das quais destaco: i) o diagnóstico da situação de saúde mental e dos recursos específicos, reais e potenciais do cliente; ii) o reforço dos factores que aumentam os recursos das pessoas em relação à sua saúde mental; iii) a promoção do potencial de saúde do cliente, através da optimização das respostas humanas aos processos de transição: desenvolvimentais, situacionais, fortuitas; iv) a identificação e fortalecimento dos factores de protecção/ resiliência e de vulnerabilidade/ risco para a saúde mental do cliente; v) a promoção de competências, tais como o sentir-se seguro, a autonomia, a adaptabilidade, a capacidade em lidar com stressores, criar e manter relações íntimas sustentáveis, a auto-consciência, a auto-estima, a preocupação com os outros, a auto- confiança, as competências sociais, a responsabilidade social e a tolerância (2011).

A OE, no GOSIP, citando Hassmiller e a carta de Ottawa (1986) (OE, 2010, p. 37), define promoção da saúde, como “as actividades que desenvolvem os recursos humanos e procedimentos que preservam ou intensificam o bem-estar”; “É um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos para controlar a sua vida, no sentido de a melhorarem”.

No *Sorri Jovem* realizam-se estes cuidados e constitui o contexto de estágio decorrente de 30 de Setembro a 29 de Novembro, para desenvolver intervenções de enfermagem de promoção de estilos de vida saudável.

A possibilidade de conhecer e estagiar num CAJ depois de, não só ter realizado uma revisão sistemática sobre: “A prevenção da depressão do adolescente: intervenções de enfermagem”, como ter lido e consultado on-line, vários centros de atendimento do adolescente, em Portugal, como, APARECE, ENCONTRAR +SE e FELIZ MENTE, surgiu agora, como oportunidade maior, na motivação da realização da especialidade. Conhecer as potencialidades que existem, em Portugal, e nos Centros de Saúde, para a promoção de estilos de vida saudável e prevenção da doença mental, actuando nesta faixa etária, levou a que pensasse nos objectivos que se seguem.

Descrição e análise dos objectivos e das actividades realizadas

➤ OBJECTIVO GERAL

Desenvolver competências de EESM dirigidas para a promoção de estilos de vida saudáveis, para o diagnóstico e prevenção da doença mental, na adolescência no contexto da comunidade.

➤ OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

1. Integrar a equipa multidisciplinar
2. Criar espaços psico-educativos no *Sorri Jovem*
3. Realizar consultas de enfermagem
4. Realizar dinâmicas de grupos para a promoção da saúde mental

1- Integrar a equipa multidisciplinar

A integração na equipa multidisciplinar, pediu, tal como no estágio anterior, conhecer a Unidade, a equipa e a tipologia dos jovens que ali se dirigem.

O CAJ *Sorri Jovem*, constitui um projecto de intervenção comunitária, no atendimento global à saúde juvenil, desde 2004, localizado em Mem Martins, conselho de Sintra, no edifício CATUS, Rua Chabby Pinheiro, e funciona todos os dias úteis das 8.30 às 16.30. Pertence ao Agrupamento de Algueirão- Rio de Mouro.

O CAJ, por se encontrar inserido na Comunidade, num sítio de grande acessibilidade aos jovens, mas simultaneamente num espaço diferente do “Centro de Saúde”, permite a este grupo alguma reserva num espaço exclusivo, critério muito valorizado nos adolescentes. Representa, assim, por excelência, uma vantagem de acesso à promoção de saúde e aos cuidados antecipatórios. Constitui ainda uma instância privilegiada em termos de desenvolvimento da intersectorialidade e da participação juvenil na sua própria saúde.

O espaço físico é constituído por 2 gabinetes de enfermagem, 1 gabinete médico, 1 gabinete de psicologia, 1 sala de espera, onde se encontra também o atendimento administrativo. A sala é um espaço especialmente dedicado aos jovens. Contém dois placards, um, onde estes podem deixar mensagens pessoais, para os pares ou para os profissionais do *Sorri Jovem*, outro com contactos de Instituições de interesse. A decoração dos bancos foi feita pelos adolescentes que frequentam este Centro, dando assim um ambiente descontraído e juvenil a este espaço.

A equipa multidisciplinar do *Sorri Jovem* é constituída por 2 enfermeiras especialistas em ESM, 2 médicas de família, 1 psicóloga, uma assistente social e uma administrativa. A tempo inteiro, apenas se encontram as enfermeiras e a administrativa, tendo havido dias de atendimento, muito intensos.

As consultas, médicas e de enfermagem, podem ser referenciadas por outros técnicos, profissionais de saúde, Instituições, escolas e/ ou ser marcadas pelos jovens. Considerando o

critério da confidencialidade da consulta, os pais/ cuidadores poderão acompanhar o jovem, apenas se este o permitir.

As consultas médicas realizam-se três vezes por semana, e as de enfermagem são diárias, podendo ser por marcação prévia, ou de atendimento imediato, algo, para mim, de surpresa e de entendimento concordante.

Desburocratizado, confidencial e gratuito, nas suas consultas, o *Sorri Jovem* tem como objectivos, promover, nos adolescentes, entre os 11 e os 21 anos, estilos de vida saudáveis, identificar comportamentos de risco e otimizar os recursos pessoais de cada um, através da participação na sua própria saúde e da responsabilização pelas suas escolhas.

Os motivos da consulta, expressos pelos jovens, ou identificados pelo Enf.º, são registados, num impresso próprio, pela seguinte classificação: **1-** Informação/ Aconselhamento; **2A-** Vigilância da saúde, **2B-** Alterações de crescimento; **3-** Problemas de relação (Família, Escola, Trabalho, Grupo); **4-** Comportamento Alimentar; **5A-** Comportamento Aditivo- tabagismo; **5B-** Comportamento Aditivo-Alcoolismo; **5C-** Outro; **6-** Sexualidade; **7-** Gravidez; **8A-** Doença Aguda; **2B-** Doença Crónica (Dermatológica, Osteo-articular, Genito-urinária, Outro; **9-** Queixas psico-afectivas; **10-** Violência, **11-** Outras.

No 1º primeiro semestre, de 2013, inscreveram-se, pela 1ª vez, 208 jovens com percentagem maior de “diagnóstico 6”; portanto jovens que procuram a consulta para um acompanhamento especializado na sua vida afectiva- sexual. De realçar, que o *Sorri Jovem* surgiu numa continuidade de uma consulta do adolescente de Planeamento Familiar.

Em relação à equipa de enfermagem, no CAJ, encontram-se duas enfermeiras, com horário fixo, das 8.30 às 16.30, de 2ª a 6ª feira, assumindo as consultas de enfermagem, estejam ou não marcadas, característica no CAJ.

A integração na equipa realizou-se com bastante facilidade, pois a liderança da equipa é assumida por duas enfermeiras, atentas à supervisão necessária de alunos, que vão passando pelo CAJ, com possibilidade de diálogos vários e variados, facilitadores de acolhimento, motivação e integração na Equipa.

A integração pediu, desde início, necessidade de me sentir bem, com as intervenções de enfermagem, que os adolescentes necessitavam, ou seja, actuar de forma livre e responsável de acordo, não só com as obrigações profissionais, mas também de acordo com as minhas convicções pessoais e religiosas. Temas como a pílula do dia seguinte, ou IVG, provocaram em mim, de forma saudável, questões e decisões necessitadas de aprofundamento de informação, reflexão e diálogo com a equipa, como se pode comprovar pelos estudos em anexo, sobre o início da vida, contracepção, IVG, objecção de consciência e ética de enfermagem (**Anexo 9**).

A autonomia foi sendo adquirida à medida que as consultas de enfermagem foram assumidas pela própria.

Desde o primeiro dia foi sentido, em mim, a procura de pontes integrativas dos motivos das consultas dos adolescentes e o que a Enfermagem de Saúde Mental podia oferecer a estes

jovens, e concretamente o *Sorri Jovem*, que, na maior parte, segue adolescentes que se consideram (e são muitas vezes) saudáveis!

A minha apresentação à restante equipa do ACES Algueirão, realizou-se de uma forma simpática, no Dia da Saúde Mental em que se preparou a distribuição de um panfleto, entretanto preparado por mim, a toda a equipa do Centro de Saúde e o *Sorri Jovem* se disponibilizou para consultas de enfermagem! (**Anexo 10**). Desta equipa do ACES, a pedido da responsável da UCC, foi realizada uma sessão de formação, para os técnicos administrativos “Atendimento: assertividade e gestão de conflitos” (**Anexo 11**), que correu muito bem, percebendo-se a exigência destes serviços de atendimento, em saúde.

Como impressos/ suportes de registo utilizados no *Sorri Jovem* (a estatística do Centro ainda é toda feita manualmente!), podemos encontrar: impressos de consulta de enfermagem (**Anexo 12**), folha de registo de contracepção de emergência (**Anexo 12**), folha de códigos com os motivos da consulta, folha de registo para pedidos de rastreio de gravidez, folha de registo de encaminhamento para consulta de IVG. Estes suportes de registo estão de acordo com o CAJ, de referência a nível nacional: APARECE.

2º- Criar espaços psico-educativos no *Sorri Jovem*

A psicoeducação, dever estar relacionada não só com a comunicação da informação, mas também com a promoção da motivação, aptidões e confiança necessárias para intervir no processo de melhoria da saúde (OMS, 2004; UE, 2008).

O desejo de que os objectivos do *Sorri Jovem* se realizassem, e de prolongar a iniciativa do Dia da Saúde Mental, levou a pensar na dinamização do espaço do CAJ, em termos psico-educativos, através das seguintes actividades:

- Organização de um placard, onde os jovens pudessem escrever o que é para eles a saúde mental (**Anexo 13**);
- Colocação de pequenos quadros sobre a auto-estima, na sala de espera, no corredor e nos gabinetes (**Anexo 13**);
- Disposição num bule atractivo, de pedaços de papel com frases, sobre **competências pessoais**, para serem retirados pelos/ as adolescentes e comentadas, em altura oportuna, na consulta de enfermagem (**Anexo 14**).

Em relação a este último, a fundamentação deste projecto de frases sobre competências pessoais quis ir de encontro da promoção de estilos de vida saudáveis, da identificação de comportamentos de risco e da optimização dos recursos pessoais de cada jovem (através da participação na sua própria saúde e da responsabilização pelas suas escolhas), objectivos gerais do atendimento na CAJ.

Considerando que a promoção de competências pessoais e sociais, pedem um autoconhecimento e aceitação pessoal, componentes importantes para crescer de forma saudável e feliz, foi pensada uma forma atractiva, descontraída e simplificada de o fazer, partindo da mais valia que é o diálogo entre o adolescente e a enfermeira, que pode levar os primeiros a identificar e resolver problemas, gerir conflitos interpessoais, otimizar a sua comunicação interpessoal, defender os seus direitos, resistir à pressão dos pares, etc.

O projecto teve, como **objectivos**, promover no adolescente, a expressão de sentimentos e a reflexão sobre o conhecimento de si mesmo e das próprias competências pessoais, qualidades, talentos, defeitos, limitações, capacidades, autoconfiança, responsabilidade, decisão responsável, auto-estima, resiliência, etc.

A dinâmica teve uma óptima receptividade, da parte dos adolescentes e da equipa multidisciplinar. Em relação aos primeiros, avaliamos isso através do impacto de expressões verbais: “o que é isto? (...) Ah, que interessante (...) olha era mesmo isto que eu precisava de ouvir (...) eu também penso assim (...) nunca tinha pensado nisto (...) engraçado (...) para depois falarmos na consulta? Está bem”. Destaco uma conversa interessante num par de namorados que confrontaram entre si a frase “Conheço as minhas capacidades e potencialidades, assim como as minhas limitações; aceito-as e valorizo-as, percebendo que cada um de nós é diferente.”, referindo-se à abertura própria em relação às diferenças de personalidade. Em relação à equipa, também se percebeu o desejo de retirar um pensamento para si, para o seu dia, abrindo-se espaço para uma conversa interessante, sobre quem somos, ou fomos, como adolescentes, e como nos aceitamos ou mudamos o comportamento.

A informalidade, mas não de menos importância, de se poder conversar determinados temas relacionados com as frases, constituiu uma intervenção cujos resultados, não podem ser avaliados, muitas vezes, num curto espaço de tempo. Por exemplo, como podemos avaliar o impacto de uma intervenção, que é escutar de forma isenta de juízos, ou acolher 5 minutos de lágrimas? Porém cremos que será possível definir indicadores que avaliem, por exemplo, se em cada consulta de enfermagem, se evidenciava a necessidade de conversar sobre determinado tema.

3º- Realizar consultas de enfermagem

O referencial teórico- científico da consulta de enfermagem, intervenção autónoma do Enf.º (REPE, art. 9), é fundamentado em objectivos operacionais, pautados em elementos de abordagem social, clínica e psicológica da saúde do adolescente, compondo-se de processos de interacção, investigação, diagnóstico e intervenção (Townsend, 2011).

O planeamento e a realização das consultas de enfermagem ao adolescente, quiseram assumir as especificidades da mesma, considerando as características da adolescência e

segundo algumas orientações, segundo artigos consultados (Mandú et al.; Braconnier et al., 2001; OE, 2010), que por razões de espaço, não são aqui mencionadas.

Assumi, de forma autónoma, as consultas de enfermagem do CAJ, definindo para mim **os seguintes objetivos**, para as consultas de 1ª vez, e as seguintes, respectivamente:

- Identificar o motivo exposto e oculto da consulta de enfermagem;
- Promover a relação terapêutica, em adaptação às necessidades/ pedidos dos jovens;
- Promover Educação para a Saúde sobre estilos de vida saudável: namoro e sexualidade responsável, alimentação equilibrada, outros;
- Contactar com a reserva, vergonha, medo, preocupação, ignorância do jovem, criando um clima de confiança e de Relação de Ajuda;
- Identificar a pessoa significativa (outro jovem, familiar, numa perspectiva sistémica de ajuda);
- Identificar a existência de conflitos geracionais, de pares, professores, dificuldades de aprendizagem;
- Detectar necessidade de intervenção terapêutica familiar / entrevistas ao familiar ou pessoa significativa;
- Promover a saúde num horizonte integral: prestação de cuidados numa perspectiva preventiva de intervenção precoce, nas áreas de crescimento e desenvolvimento bio-psico-social;
- Identificar e gerir os meus medos, dúvidas, preconceitos, valores que facilitam ou dificultam a relação terapêutica.

Nas consultas de seguimento:

- Gerir a informação dos registos de enfermagem anteriores, de forma a realizar a consulta de enfermagem numa continuidade de Relação de Ajuda;
- Identificar perguntas ou respostas não conseguidas na última consulta; mantendo sempre uma adequada postura de respeito e empatia;
- Identificar necessidades de consulta de vigilância ginecológica, e informar o adolescente dessa necessidade de saúde;
- Identificar dificuldades de utilização segura da contraceção e /ou comportamentos de risco de transmissão de IST's e promover educação para a saúde;
- Identificar necessidades de educação para a saúde, de forma a planear sessões em grupo;
- Identificar os sistemas ou redes de apoio existentes, para encaminhamento adequado;
- Verificar cumprimento do calendário de vacinas.

Realizei várias consultas de enfermagem, acompanhada ou individualmente. As 14 consultas, que seguem em anexo (**Anexo 15**), foram escolhidas, entre as que se realizaram no período de estágio, segundo o critério da diversidade de diagnósticos de enfermagem.

Os diagnósticos foram levantados utilizando a linguagem da NANDA, segundo a Taxonomia II, publicada em 2001, com os 13 domínios, 46 classes e 194 diagnósticos de enfermagem (Townsend, 2011).

Elaborei um quadro orientador das entrevistas (**Anexo 15**), cujo objectivo era ajudar a memorizar e a orientar a entrevista, de forma a recolher o maior número nº de informações, que ajudassem a elaborar, por um lado, diagnósticos e intervenções de enfermagem adequados à realidade, e por outro, a realizar, durante e após entrevista, uma auto-avaliação; e quando possível uma co-avaliação com a orientadora de estágio. A insuficiente recolha de informações, devido à opção de valorização maior da escuta, e desorganização pessoal, não permitiu fazer nenhum estudo. O quadro não perde o seu valor, porém, percebe-se que para as características da consulta em si, teria de ser mais simplificado.

Os **diagnósticos de enfermagem** levantados, segundo a linguagem NANDA, nas 14 consultas, foram os que se seguem, sendo os 5 primeiros, os de maior prevalência.

- **Comportamento de procura de saúde**
- **Disposição para nutrição melhorada**
- **Disposição para aumento da tomada de decisão**
- **Disposição para melhorar o estado de imunização**
- **Disposição para melhorar o coping individual**
- Processos familiares disfuncionais
- Ansiedade, tristeza e coping ineficaz
- Baixa auto-estima situacional.
- Insónia
- Coping familiar deficiente
- Risco de gestão ineficaz do regime terapêutico
- Sentimento de impotência e de desesperança
- Gestão eficaz do regime terapêutico
- Conflito de decisão
- Conflito interno
- Medo e ansiedade
- Dor aguda
- Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais
- Perda menstrual mais prolongada que o habitual
- Processos de pensamento perturbados
- Conflito no desempenho do papel de cuidadora da casa
- Risco de solidão
- Padrão ineficaz de alimentação
- Distúrbio da imagem corporal
- Peso em excesso

- Comportamento aditivo

Comportamento de procura de saúde, foi o diagnóstico mais levantado, relacionado, na maioria, com jovens saudáveis, que procuram o *Sorri Jovem*, para uma consulta de planeamento familiar. Querem iniciar a vida sexual, ou se já iniciaram querem, sobretudo, não engravidar. Em menor percentagem apresentam a razão de não querer contrair nenhuma IST's. Portanto, muitas horas de cuidados de enfermagem, são investidas na prevenção e promoção da saúde, nas respectivas intervenções, que esta necessidade pede, que como sabemos, ser importante para responsabilizar os jovens nos seus relacionamentos amorosos, prevenir gravidezes não desejadas, bem como IST's, entre outros. Voltaremos a referir-nos a esta necessidade.

Chama-nos também a atenção para os 4 diagnósticos seguintes mais frequentes, que nos fazem perceber, a disposição, com que muitos adolescentes se encontram, para acolher propostas de mudanças comportamentais, na procura de saúde individual, e no que está o seu alcance. A motivação para a mudança comportamental é básica, para acolher qualquer proposta de conquista ou manutenção da saúde. A título de exemplo: uma atitude de procura de mudança comportamental é a decisão de se vacinarem para prevenir o cancro do colo do útero, de maior risco quando se inicia a vida sexual precocemente. Outras atitude é o uso de preservativo ou o desejo de fazer uma dieta equilibrada.

Um outro diagnóstico, o 6º mais presente, nestas 14 consultas de enfermagem, e em muitos casos, jovens aparentemente saudáveis, diz respeito, ao sofrimento que o adolescente faz transparecer, no que respeita aos processos familiares disfuncionais, nas suas mais variadas causas: falta de diálogo com os filhos, conflitos, incompreensão das suas dificuldades. É interessante perceber que, em algumas situações, a existência de factores adversos, como doença, desemprego, dificuldades socioeconómicas, não tem uma relação proporcional com as relações familiares disfuncionais. A existência de valores na família, como o respeito, o diálogo, o perdão, estes sim, interferem na satisfação pessoal, familiar e resiliência pessoal e familiar. Marcou-me, de forma especial, a jovem que referiu: "O pilar da casa são os cães. Pelos menos eles entendem-me!". Questiono, como Enf.ºs, o que está ao nosso alcance, na ajuda no crescimento e maturidade dos adolescentes e dos pais, para os desafios actuais da sociedade?

Em relação às centenas de **intervenções de enfermagem** realizadas, reflito: considerando que o *Sorri Jovem*, constitui um Serviço de Saúde e, dizemos portanto que, os seus profissionais, disponibilizam o que, quem o procura, pede ou necessita, interessa-nos perceber, se o que eles pedem está ao nosso alcance e é legítimo "dar-lhes", facultar-lhes, porque, é uma necessidade de saúde, que não está ao seu alcance; e se, por outro lado, o que a Instituição oferece, responde às suas necessidades. Parto desta reflexão, porque, ao olhar para as várias intervenções de enfermagem, percebemos que os Enf.ºs têm claro a razão de ser do *Sorri Jovem*: este teria sido criado, por necessidade sentida no Centro de Saúde.

Embora não existam ainda muitos estudos dos ganhos em saúde, nos adolescentes, a partir da Intervenção deste CAJ, os objectivos continuam a ser claros: promover, nos adolescentes, estilos de vida saudáveis, identificar comportamentos de risco e otimizar os recursos pessoais de cada um, através da participação na sua própria saúde e da responsabilização pelas suas escolhas. Olhamos para as intervenções e vemos:

- i) respostas da equipa que querem ir de encontro às suas necessidades;
- ii) grau de satisfação dos adolescentes em relação às consultas, afirmação esta não reflectida em questionário, mas da sua verbalização, na fidelidade às consultas, e ao trazerem os seus amigos, para o CAJ.

Por outras palavras, neste Centro, acolhem-se, escutam-se e avaliam-se os pensamentos e sentimentos dos adolescentes, procurando acima de tudo responsabilizá-los nas suas decisões e procura de saúde, e se estas não existirem, ajudá-los e ensiná-los a decidir.

Todas estas reflexões ofereceram entusiasmo para a investigação, que me envolveu cada vez mais, propondo-me realizar uma análise das informações recolhidas nas 14 entrevistas realizadas e respectivas intervenções.

Vendo-me suportada com a técnica da observação participante e obtenção de informação rigorosa (Souza et al., 2011), analisei e agrupei as intervenções de enfermagem, em forma de verbo, no quadro que se segue; intervenções essas, que se inter-relacionam entre si.

Quadro nº 2: Intervenção de enfermagem no *Sorri Jovem*, Outubro- Novembro 2013

ACÇÃO/ INTERVENÇÃO	EXPLICITAÇÃO DA INTERVENÇÃO
-ESTABELECEER RELAÇÃO TERAPÊUTICA; -ESCUTAR/ MOSTRAR DISPONIBILIDADE	Oferta de tempo e espaço, confiança, verdade, para verbalização de sentimentos e pensamentos
-AVALIAR; IDENTIFICAR	Resiliência, presença de solidão, isolamento, (des) conhecimentos, comportamentos de riscos, perdas traumáticas, necessidade de exames complementares, dependências, estilos de vida, desequilíbrios alimentares, absentismo escolar, relações familiares disfuncionais, percepção da imagem corporal; ausência de vacinas, nível de ansiedade, Avaliar sinais vitais
-CONHECER/ REUNIR INFORMAÇÃO	Relação com a família, entre pares, antecedentes familiares de doenças hereditárias, ou outras, significados e sentido de vida
-EXPLICAR; ORIENTAR; CLARIFICAR; DISTINGUIR	Conceitos, estruturas da sociedade, crescimento bio-psico-social e espiritual do adolescente. <i>Serviços do Sorri Jovem</i>
- REALIZAR EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE/ MOTIVAR	Sexualidade/ afectividade, IST's, competências pessoais e sociais, estilos de vida saudáveis, comportamentos de risco, alimentação saudável, oferecer informação escrita
- CONFORTAR; VALORIZAR;	Reforços positivos, apoiar tomada de decisão, acolher verbalização de erros,

ENCORAJAR	culpas, medos, falta de projectos de futuro, decisões difíceis, oferecer esperança
- RESPONSABILIZAR	Oferecer informações, espaço de decisão, implicar, propor, negociar acordos terapêuticos, oferecer oportunidades de escolha, melhorar coping
- QUESTIONAR	Mostrar preocupação, questionar hábitos de vida saudáveis, existência de dúvidas

Da análise do quadro, a conclusão mais importante, para mim, é que as intervenções são, na sua grande maioria, de Relação de Ajuda. Daqui surgiu a necessidade de um aprofundamento sobre esta intervenção terapêutica, central nas entrevistas de enfermagem de saúde mental. **(Anexo 16)**. Como diz Rocha (2008), a ajuda terapêutica promove, no outro, o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, melhor funcionamento, maior autonomia e capacidade de enfrentar a vida. No *Sorri Jovem*, a consulta de enfermagem, disponibiliza esta ajuda. Pensando no número de jovens que ali se deslocam para “pedir pílulas e preservativos”, percebemos as intervenções que acompanham esta necessidade, que podia ser satisfeita por qualquer pessoa. Porém o Enf.^o, quer dar pílulas, e que dar-se a ele mesmo nas suas competências de atenção e intervenção a todos os momentos e lugares onde a saúde mental pode ser promovida, a nível dos 3 níveis de prevenção.

Deixamos ainda estas conclusões:

- A condução das consultas de enfermagem do *Sorri Jovem*, por um EESM, é uma mais valia para o CAJ e para a população em geral;
- O desafio, que constituiu realizar diagnósticos de enfermagem para pessoas saudáveis, e em como se pode tornar, fonte de saúde, validar comportamentos saudáveis, valorizar potencialidades que existem nas pessoas, aconselhar;
- A confirmação de que os Centros de Saúde constituem Serviços de Saúde privilegiados no que se refere à promoção de saúde no adolescente, por, pelo menos, 3 razões:
 - a) O seguimento da saúde/ doença mental em cuidados primários de saúde ser menos estigmatizante e discriminatório (CNSM, 2007- 2016);
 - b) Possuem os recursos necessários a uma intervenção na comunidade, pelo conhecimento das famílias e recursos locais (CNSM-RPCSMIJ-CSP, 2009, p. 7);
 - c) Se tornar necessário “não desperdiçar” e “rentabilizar” a presença destes mesmos adolescentes nos Serviços de Saúde;
- A convalidação do *Sorri Jovem* como espaço seguro de promoção da saúde mental (na escuta terapêutica, aconselhamento, ensino, orientação, etc) e prevenção da doença mental, como a depressão, as alterações de comportamento alimentar, tentativas de suicídio, comportamentos violentos, etc. Espaço de intervenções de enfermagem na prevenção da depressão no adolescente, tema este estudado na minha revisão sistemática, no presente curso. É uma pérola!
- Colocar em linguagem escrita, objectiva, mensurável os ganhos em saúde, nos adolescentes, através das intervenções de enfermagem, trabalho este que tem de ser

realizado de uma forma sistemática e continuada. Alguns destes ganhos, estão mencionados nas respectivas consultas, trabalho em anexo, porém necessitam ser reflectidos e classificados.

4º Realizar dinâmicas de grupos para a promoção da saúde mental

A percepção, que frequentemente os profissionais de saúde têm, de que o adolescente bem informado desenvolverá uma vida saudável, conduz a uma intervenção em saúde, baseada, sobretudo, na informação (OE, 2010, p. 13), informação esta objectivada para, não só, a aquisição de saberes, de motivações de carácter estético, criativo, afectivo e sexual, bem como a (re) construção da identidade pessoal e o estabelecimento de projectos de futuro (DGS, 1998).

Considerando que a prevenção, como referem Braconnier et al. (1998), escolhe o caminho errado quando, se centra nos adolescentes e nos seus comportamentos ditos “de risco”, porque sobrecarrega este período da vida de compromissos excessivos e não toma em conta a realidade das suas dificuldades, nem a angústia que as suas atitudes traduzem, nem, ainda, o desejo de viver e de criatividade (Moral, 2001, p. 62) e, que o projecto *Sorri Jovem*, conseguia congrega num lugar fechado um número de adolescentes, à espera de consulta, considere, de todo, a potencialidades deste espaço para planear algumas acções promotoras de saúde. Fazia todo o sentido em pensar em intervenções promotoras de saúde, com uma prática de educação construtiva, libertadora, dialógica e promotora da autonomia dos sujeitos, no cuidado de si próprio.

Antes de avançar para um tema que, para mim, profissional de saúde, achava ideal, foi feita uma pequena pesquisa, durante 3 dias, aos próprios jovens que frequentam as consultas, através de um questionário, pedindo-lhes que colocassem, por ordem de interesse, os temas seguintes: auto-estima; emoções e sentimentos; colegas/ amigos; família; namoro; sexualidade responsável; gravidez indesejada/ desejada; o meu corpo; qualidades e defeitos; sucesso na vida; necessidade de valores; saber dizer não; tomar decisões/saber decidir. Os mais votados foram o da auto-estima, tomar decisões, e namoro (**Anexo 17**).

Realizaram-se assim 3 sessões de Educação para a Saúde: 1 sobre auto-estima, e 2 sobre decisão pessoal, em dias diferentes. Não se proporcionou mais tempo para as seguintes, devido a condicionantes organizacionais do Serviço.

❖ Promoção da Auto-estima, no adolescente

O conceito de auto-estima tem sido estudado e considerado como um importante indicador de saúde mental, na adolescência (Bandeira e Hutz, 2010).

São várias as definições que encontramos deste factor intrapessoal, promotor de qualidade de vida, para a qual foram criadas também escalas de avaliação, como a Self Perception Profile for Children e sub-escala de auto-estima de Rosenberg, ou escala de auto-estima de Susan Harter (Tive vontade, de realizar um estudo deste tipo, com os adolescentes do *Sorri Jovem*, mas percebi que era um projecto ambicioso para o tempo que disponha de estágio). Entre várias definições de auto-estima, selecciono esta: “Grau de consideração ou respeito que os indivíduos têm por si próprios e é uma medida de valor que atribuem às suas capacidades e julgamentos” (Townsend, 2011, p. 250).

No dia-a-dia, o valor próprio dos adolescentes é desafiado por imensos factores pessoais, familiares, escolares, etc. Com um valor próprio positivo, os adolescentes conseguem adaptar-se, com sucesso, às exigências associadas às crises situacionais e de amadurecimento que ocorrem. A resiliência e a capacidade de se adaptar a estas mudanças circundantes são comprometidas quando os adolescentes possuem baixa auto-estima (Serra et al., 2001; Townsend 2011; OE, 2010).

Um estudo sobre a avaliação da auto-estima em adolescentes portugueses⁵, revela índices superiores de auto-estima (Gaspar, 2010). Podemos questionarmo-nos o motivo do interesse em querer promover/ realizar uma sessão de educação para a saúde, sobre este factor protector da saúde.

Como dissemos anteriormente, a auto-estima faz parte de uma saúde mental positiva. A promoção de competências pessoais e sociais; que por seu vez, pedem um auto-conhecimento e aceitação pessoal, componentes importantes para promover a auto-estima, capacitam as crianças e adolescentes para: identificar e resolver problemas, gerir conflitos interpessoais, otimizar a sua comunicação interpessoal, defender os seus direitos, resistir à pressão dos pares, etc. Tudo isto irá otimizar a sua capacidade de escolher um estilo de vida saudável e de o manter (Gaspar et al., 2006).

O documento emanado pela OMS, *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas* (2004), refere que a meta de muitos dos programas de educação para adolescentes, realizados nas escolas, é a de mudar as crenças, atitudes e condutas dos adolescentes em relação ao hábito de fumar, consumo de bebidas alcoólicas e consumo de drogas, ou modificar factores, tais como as destrezas sociais gerais e **a auto-estima**, que se presume serem a base dos hábitos de fumar ou de ingerir bebidas alcoólicas (OMS, 2004).

⁵ O estudo foi analisado em função do género, idade, estatuto socioeconómico, sucesso escolar e região demográfica.

A sessão planeada para os adolescentes, do CAJ, teve como **objectivo geral** levar os jovens a reflectir na importância da auto-estima para a sua saúde, e como **objectivos específicos**: i) promover a reflexão do significado da auto-estima na nossa vida; ii) promover o autoconhecimento; iii) promover a expressão de pensamentos e sentimentos.

O convite para a participação na sessão foi feito no próprio dia, tal como planeado, durante o tempo de espera, para a consulta médica. Houve prontidão na aceitação da proposta, após a explicação dos objectivos e o assegurar que ninguém ficaria privado da consulta médica ou de enfermagem por causa da sessão.

De forma resumida, a sessão, que decorreu com 5 jovens (o espaço físico não permitiu maior número) consistiu em, através de um jogo (**Anexo 18**), os adolescentes confrontarem-se com frases diferentes: umas de possibilidade de promover a auto-estima, outras em que esta pode ser abalada, de acordo com o impacto que cada uma pode ter nos próprios.

O tema não foi novo para os participantes, e revelaram terem gostado da pedagogia participativa. Saber os ganhos sem saúde, através de um indicador, a partir desta sessão de Educação para a Saúde, foi tema de debate na equipa, pois não nos satisfaz plenamente a adesão dos jovens, a verbalização de se poder repetir sessões deste tipo, ou a menção posterior, na consulta de enfermagem, em relação ao tema. Precisamos avaliar, por ex. o ganho em conhecimentos sobre o tema, ou a relação entre a Auto-estima e o humor, ou o sucesso escolar.

Auto e heteroavaliação foram realizados (**Anexo 18**), percebendo-se as potencialidades de não só aproveitar este espaço de tempo e oportunidade, como em nos prepararmos tecnicamente na comunicação com os jovens.

❖ **Tomada de decisão, no adolescente**

Os programas preventivos, de comportamentos de risco e doença mental dos adolescentes, podem ter metas relativas à diminuição de problemas, como os relacionados com sintomas de ansiedade, comportamentos antissociais e abuso de drogas, ou relativos ao aumento de competências sociais, como por exemplo programas de ensino de habilidades de vida. Murta designa estas habilidades de vida, como um conjunto de habilidades necessárias ao enfrentamento saudável às exigências quotidianas, desenvolvendo capacidades emocionais, sociais e cognitivas (2006).

Entre as competências, encontram-se as habilidades para a tomada de decisão.

Oliveira et al. (2010), num estudo sobre a tomada de decisão na adolescência, citando Reyna & Farley, afirmam que, embora haja uma considerável evidência de que aos 14 anos de idade, os adolescentes podem e devem ser considerados nas suas decisões é devido à relativa falta de experiência, que os adolescentes vivem num mundo mais surpreendente que os adultos. Têm menos probabilidade de serem capazes de antecipar os seus sentimentos e objectivos futuros e podem estar expostos a comportamentos que os tornam mais vulneráveis (droga, álcool, condução perigosa, IST's) (Oliveira et al., 2010).

Torna-se interessante o estudo realizado pelo autor, referido anteriormente, de análise de um quadro comparativo dos dois diferentes sistemas, presentes no ciclo vital do homem: experiencial e analítico, responsável por diferentes modalidades de processamento de informação, o primeiro mais presente nos adolescentes (comportamento mais afectivo e mediado por sentimentos de experiências passadas), o 2º, o analítico (comportamento mais lógico e mediado por apreciação consciente dos eventos (Oliveira et al., 2010).

As sessões de educação para a saúde, sobre a promoção de habilidade de decidir, realizada no *Sorri Jovem (Anexo 19)*, planearam-se no aproveitamento do tempo de espera do adolescente, para as consultas médicas/ de enfermagem, reunindo um grupo de 5 jovens. Realizaram-se em dias diferentes, decorrendo a segunda com uma maior qualidade, no alcance dos objectivos, confirmando-se que com os erros se pode aprender!

As duas sessões tiveram como **objectivo geral**: desenvolver a capacidade de tomar decisões, e como **objectivos específicos**: i) verbalização de sentimentos; ii) analisar as propostas: prós e contras; iii) aprofundar o auto-conhecimento.

A sessão consistiu numa reflexão de grupo, primeiro dois a dois e depois em grupo, sobre um caso hipotético de alguém que se confronta com a necessidade de fazer uma escolha importante na vida. Cada grupo apresenta alternativas para a sua decisão, os riscos que cada uma pode ter, e as razões da escolha de 1 solução. Assegurada a consulta, os jovens sentiram-se à vontade, para conversar e expor a sua opinião, conseguindo-se alcançar os objectivos planeados. No final, foi aplicado um pequeno questionário de avaliação da actividade. Os ganhos em saúde, para os adolescentes, segundo a minha opinião, a partir desta intervenção foram:

- Reflexão e aprendizagem de sobre um tema importante para a vida;
- Consciência da importância da decisão responsável

II. Síntese do estágio

O projecto de estágio para este módulo, foi mais realista, concretizável e espaço de aperfeiçoamento de competências pedidas a um EESM. Como factores a favor, estiveram presentes, entre outros, a motivação, a experiência já adquirida e a possibilidade de maior autonomia.

Em apenas dois meses, foi possível integrar uma realidade completamente desconhecida, para mim, e tornar-me presente nela através das competências profissionais, cognitivas e afectivas.

A integração não foi difícil, considerando a liderança que os Enf.ºs assumem, no CAJ. O *Sorri Jovem* atrai, nas suas potencialidades de espaço de prevenção e promoção da saúde mental e global dos jovens portugueses e áreas da enfermagem a investigar e desenvolver. A pesquisa bibliográfica, o enfrentar das novas situações e o confronto diário com as Enf.ªs, possibilitaram a concretização dos objectivos. Em termos de conceitos não aprendi novos, mas enriqueci-os com um saber reflectido e fundamentado, de quem percebe e recorda o poder das palavras/ ou ausência delas: no impacto que podem ter no acolhimento, na confiança, na mudança

comportamental, na clareza de um discurso. Como os sentimentos podem e devem ser vividos e ditos/ partilhados, e como a escuta e a Relação de Ajuda constitui a grande ferramenta do EESM, confirmou-se.

O projecto das habilidades pessoais, constituiu, algo muito acarinhado por mim, pelo envolvimento que trouxe, não só de saudável discussão e reformulação, como o de confirmar que as coisas simples não são as mais fáceis, mas as que podem resultar quando pretendemos cativar! Refiro-me à porta de entrada para a relação interpessoal entre o Enf.^o e o adolescente, básicos, não só no *Sorri Jovem*, como noutra área qualquer.

As consultas de enfermagem constituíram a grande mais valia do estágio. A sua organização e posterior análise, ainda que realizada um pouco tarde, com possível perda de potencialidades, entre as quais, mais estudos de caso, maior confronto com a orientadora de estágio, mais conclusões, da aplicação do quadro orientador, permitiram “aguçar” o sentido e o desejo de investigação em enfermagem, e de reflectir o que quer que se decida, em enfermagem.

E, em relação ao 4º objectivo, as dinâmicas de grupo, para a promoção da saúde mental, estabeleceram-se, sobretudo como um desafio pedagógico de disponibilizar conhecimento para os adolescentes, de uma forma livre e participada, com ganhos em saúde, chamados a serem estudados em investigações futuras.

Segundo o GOSIP há requisitos do profissional que atende os adolescentes, que considerei estarem presentes em mim: maturidade pessoal; auto-estima, autoridade com flexibilidade, sensibilidade e afectividade, respeito, autenticidade e empatia, 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 jovens e conhecimento adequado e actual da problemática social (OE, 2010).

3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Possuir habilitações, conhecimentos e dominar técnicas não significa saber utilizá-los devidamente em determinado contexto profissional.

A competência revela-se na acção e é indissociável da actividade pela qual se manifesta, como referem Gilbert e Parlier (1992), citados por Rocha (2008), ao considerarem-na como o conjunto de conhecimentos, capacidades de acção e comportamentos estruturados em função de uma finalidade e num tipo de situação determinados.

O RCCEE (2010) afirma que Especialista é o Enf.º com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas, relativas a um campo de intervenção. Acrescenta ainda que a actuação deste Enf.º inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, envolvendo as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática de enfermagem.

Avalio ter mobilizado, não só, os 4 domínios de competências comuns às especialidades, responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais; como as 4 competências específicas do EESM, segundo aproveitamento e aprofundamento variáveis das oportunidades surgidas nos estágios, tal como se pôde ir vendo ao longo da exposição dos objectivos e actividades de estágio.

A primeira competência, do RCEEESMP: “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e Enf.º, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”, avalio ter sido a mais desenvolvida, nestes estágios.

O confronto com a nova realidade profissional em que o pensamento, a afectividade, a memória, o conhecimento, a liberdade, a inteligência, os valores, a vontade, e até a fé, foram colocadas ao serviço da causa para a qual me dispus a realizar esta especialização, esteve particularmente presente, favorecendo melhor a identificação das necessidades subjectivas dos adolescentes, num atendimento mais integral, personalizado, humanizado e terapêutico, estando atenta às transferências e contra-transferências das relações humanas. Uma atitude de disponibilidade ao confronto com o outro, de avaliação e auto-regulação permitiram uma conduta profissional (HOGA, 2004).

A assistência da pessoa, ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental, considerando a minha experiência profissional, no atendimento aos adultos, em variados contextos de saúde, doença, considero ter sido enriquecida, com a assistência a adolescentes, em contexto de internamento e de CSP.

Em relação ao 2º estágio, mobilizei dimensões de avaliação das necessidades em saúde mental, realizando bastantes entrevistas de enfermagem e implementei pequenos projectos de promoção da saúde mental.

Avalio, também a proximidade em identificar, descrever e monitorizar os resultados clínicos individualizados, de forma a determinar a efectividade de planos de cuidados e ganhos em saúde mental, estudo aberto a discussão e aprofundamento.

Por último, houve oportunidades de desenvolver programas de psico-educação e implementação de actividades psicoterapêuticas, que aumentaram o insight dos clientes, que facilitaram respostas adaptativas de recuperação da saúde mental e, quando se assistiram pessoas saudáveis, ajudaram a manter e melhorar estilos de vida saudáveis.

4. CONCLUSÃO

Focada na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e nas intervenções de enfermagem perante possíveis respostas humanas desajustadas ou desadaptadas ao processo de transição da adolescência, geradoras de sofrimento, alteração ou doença mental (OE, 2011), constituiu o interesse da Especialidade e Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e os estágios realizados agora reflectidos no presente Relatório, que quis que se intitulasse Intervenções de Enfermagem com o adolescente, ganhos em saúde.

Na Unidade da Pedopsiquiatria, Hospital D. Estefânia, Lisboa, integraram-se as actividades diárias, de âmbito psicoterapêutico: didácticas, lúdicas, expressivas, plásticas, artísticas, com dinamização de uma sessão de Cineterapia e outra de Biblioterapia. Realizou-se um estudo de caso de uma jovem vítima de bullying e com tentativa de suicídio, que permitiu contactar com necessidades de enfermagem, diferentes da minha experiência profissional anterior, desenvolvendo competências de intervenção de crise no adolescente e sua família, verificando-se os seguintes ganhos em saúde: não existência de ideação suicida, com verbalização de arrependimento da ingestão medicamentosa; aumento da expressão de sentimentos e diminuição da tristeza e da ansiedade; aumento da capacidade de diálogo com a mãe e desejo de retomar o acompanhamento da psicóloga; motivação para ser acompanhada pela nutricionista e adoptar estilos de vida saudável, na alimentação e no exercício físico; motivação para adopção de atitudes saudáveis de gestão do bullying, procurando ajuda e motivação para retomar os estudos.

Fez-se, também, durante o estágio, um estudo analítico de um enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade em Enfermagem: a organização dos cuidados de enfermagem, com levantamento dos diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem, de Maio a Junho 2013, aumentando a consciencialização de que o projecto terapêutico dos jovens internados, a aliança terapêutica estabelecida entre o Enf^o e o adolescente, são centrais para o sucesso do tratamento. O aumento da abertura da expressão de sentimentos, da motivação para as actividades terapêuticas, a diminuição da ansiedade e da tristeza, são, entre outros, ganhos observados no adolescente, que apelam a uma confirmação mensurável, através da investigação, de forma a se poder afirmar, com segurança, clareza e objectividade, quais os resultados em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

No, 2º local de estágio, Centro de Atendimento de Jovens, *Sorri Jovem, Algueirão- Mem Martins*, considerado, para mim, uma pérola, criaram-se espaços psico-educativos, com ênfase num projecto sobre competências pessoais e sociais, de aquisição e partilha com a enfermeira, de um pensamento, colocado à disposição do jovem.

O projecto teve, como objectivos, promover no adolescente, a expressão de sentimentos e a reflexão sobre o conhecimento de si mesmo e das próprias competências pessoais, qualidades, talentos, defeitos, limitações, capacidades, autoconfiança, responsabilidade, decisão responsável, auto-estima, resiliência, etc. A informalidade, e ao mesmo tempo eficácia do diálogo estabelecido; e por sua vez, os ganhos em saúde, foram de difícil monitorização, não só no tempo que decorreu o estágio, como de metodologia a adoptar para avaliar os ganhos, a partir desta intervenção de enfermagem, que não acontece isolada da entrevista de enfermagem, mas a facilita, motiva e enriquece. Sabemos que existe um grau de satisfação dos adolescentes, em relação às consultas do *Sorri Jovem*, apenas à espera de um questionário de confirmação.

Realizaram-se dinâmicas psicoeducacionais de grupos, sobre a auto-estima e a tomada de decisão, para a promoção da Saúde Mental. Realizaram-se muitas Consultas de Enfermagem, com um estudo, com linguagem NANDA, dos diagnósticos de enfermagem mais comuns: comportamento de procura de saúde, disposição para nutrição melhorada, disposição para aumento da tomada de decisão, disposição para melhorar o estado de imunização, disposição para melhorar o coping individual e processos familiares disfuncionais. Chamou-nos à atenção a disposição, com que muitos adolescentes se encontram, para acolher propostas de mudanças comportamentais, na procura de saúde individual, e no que está o seu alcance.

Por sua vez, fez-se um estudo das intervenções de enfermagem, realizadas nas consultas de enfermagem, confirmando-se o lugar central da Relação de Ajuda, em que é pedido ao enfermeiro a capacidade para mobilizar competências cognitivas e afectivas, para ajudar o adolescente, como, entre outras, escutar, questionar, orientar, consolar, explicar, clarificar, responsabilizar, fortalecer, motivar, encorajar. A promoção, nos adolescentes, de estilos de vida saudáveis, a identificação de comportamentos de risco e a optimização dos recursos pessoais de cada um, através da participação na sua própria saúde e da responsabilização pelas suas escolhas, são objectivos do *Sorri Jovem*, que foram confirmados com as consultas de enfermagem. Pedem, ainda, instrumentos de avaliação, não estudados durante o estágio, mas identificados como necessários.

As aprendizagens, ao longo dos estágios, foram múltiplas, com aquisição teórico- prática de conceitos e construtos, destacando a Relação de Ajuda, habilidade, equipa multidisciplinar, transferência, vulnerabilidade, role-play, cineterapia, milieu therapy, actividades psicoterapêuticas, empatia, aconselhamento e psicodrama.

A reflexão e a ponderação tiveram um lugar especial, ao longo destes estágios, de quem percebe e recorda o poder das palavras/ ou ausência delas: no impacto que podem ter no acolhimento, na confiança, na mudança comportamental, na clareza de um discurso. Como os sentimentos podem e devem ser vividos e ditos/ partilhados, e como a escuta e a Relação de Ajuda constitui a grande ferramenta do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria. Possuir habilitações, conhecimentos e dominar técnicas não significa saber utilizá-los devidamente em determinado contexto profissional.

O RCCEE (2010) afirma que Especialista é o Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. Acrescenta ainda que a actuação deste Enf.º inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, envolvendo as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática de enfermagem.

O caminho encontrar-se já iniciado e mais fortalecido com a Especialidade; o caminho percorrido foi árduo, mas valeu a pena, pois a minha prática profissional mudou, pois tenho uma maior consciência e responsabilidade de mim mesma enquanto pessoa e enfermeira, mercê de vivências e processos de auto- conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional, em intervenções de enfermagem com adolescentes, grupo alvo de cuidados que me faltava para alargar a tão desejada visão holística do ciclo vital.

5. BIBLIOGRAFIA

- ALBUQUERQUE, Ana Rita et al. (Trad.)-**Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de enfermagem**. Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383- 74-6. Original: TOMEY, Ann Marriner et al.- **Nursing Theorists and their work**. 5 th edition, 2002.
- BANDEIRA, Cláudia de Moraes e HUTZ, Cláudio Simon – **As implicações do bullying na auto-estima de adolescentes**. Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia escolar e Educacional. SP. [Em linha]. Vol. 14, nº 1, Janeiro / Junho (2010). [Consult. 04 Jul. 2013]. Disponível na Internet: <URL: [http://dx.doi.org/10.1590-S1413-85572010000100014](http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572010000100014)>. ISSN 1413-8557.
- BERMEJO, José Carlos – **Apontamentos para uma introdução ao counselling em saúde. Comunicação e saúde**. UCP, 2013 (Não publicado).
- BRACONNIER, Alain; MARCELLI, Daniel – **As mil faces da adolescência**. Lisboa: Climepsi, 2000.
- BRACONNIER, Alain; MARCELLI, Daniel– **Adolescência e Psicopatologia**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi, 2005. ISBN 972-8449-86-0.
- CALDIN, Clarice – **A Leitura como função terapêutica: Biblioterapia**. Enc. Bibli: R. Bibliotecon. Ci. Inf. Florianópolis. Nº. 12, dez (2001). [Em linha]. [Consult. 03 Jun. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www8.fgv.br/bibliodata/geral/docs/leituraterapeutica.pdf>>.
- CÓDIGO PENAL PORTUGUÊS- Artº 38; 142º; [Em linha]. [Consult. 10 Out. 2013]. Disponível na Internet: <URL: http://bdjur.almedina.net/citem.php?field=item_id&value=1172725>.
- COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS- **Livro verde: Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia**. Bruxelas, 2005. [Em linha]. [Consult. 10 Out. 2013]. Disponível na Internet: <URL:

<http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/health_determinants_lifestyle/c11570c_p t.htm>.

- COMISSÃO NACIONAL PARA REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL - **Relatório Proposta plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde Mental em Portugal 2007-2016**. [Em linha]. [Consult. 10 Jan. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/r elatorio+saude+mental.htm>>.
- CORDEIRO, Raul Alberto – **Ensaio de um modelo preventivo de educação para a saúde na área da depressão e ansiedade em adolescentes e jovens adultos**. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Vol. 4 (2010). [Em linha]. [Consult. 03 Jun. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1446/1/Ensaio%20de%20um%20modelo%20pr eventivo%20SPESM.pdf>>.
- COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL/ ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – **Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Documento Técnico de Suporte**. [Em linha]. [Consult. 10 Maio 2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2012/01/Documento-técnico-de-suporte-à-Rede.pdf>>.
- COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL – **Plano Nacional de Saúde Mental, 2007-2016. Resumo executivo**. [Em linha]. [Consult. 10 Maio 2012]. Disponível na Internet: <URL: http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudemental2007-2016_resumoexecutivo.pdf>.
- COORDENAÇÃO NACIONAL PARA SAÚDE MENTAL- **Recomendações para a prática clínica de saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários**. 2009. [Em linha]. [Consult. 12 Maio 2012]. Disponível na Internet: <URL: http://saudemental.pt/wpcontent/uploads/2011/02/recomendacoespraticaclinicasaudementa l_csp.pdf>.
- COSTA, Maria Manuela. G. T. da- **A prática dos enfermeiros em Educação para a Saúde dos adolescentes. A problemática dos comportamentos de risco**. Dissertação de Mestrado para obtenção de Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2008. [Em linha]. [Consult. 10 Dez. 2013].

Disponível na Internet: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7232/2/Dissertao%20ultima%20verso%201205.pdf>>.

- DIÁRIO DA REPÚBLICA Decreto- Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro (Alterado pelo Decreto- Lei 104/ 98 de 21 de Abril). **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**. [Em linha]. [Consult. 08 Set 2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.dre.pt/pdf1s/1996/09/205A00/29592962.pdf>>.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA- Lei n.º 16/2007 de 17 de Abril. **Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez**. [Em linha]. [Consult. 05 Out. 2013]. Disponível na Internet: <URL: http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/Anexos%20Saude/lei_ivg_16_2007.pdf>.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA – Ordem dos Enfermeiros. Regulamento nº 122/2011. **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. [Em linha]. [Consult. 02 Set 2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>>.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA – Ordem dos Enfermeiros. Regulamento nº 129/2011. **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental**. [Consult. 02 Set 2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>>.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA – Decreto-Lei nº 104/ 98 de 21 de Abril. **Código deontológico do Enfermeiro**. [Em linha]. [Consult. 03 Nov. 2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://dre.pt/pdf1s/1998/04/093A00/17391757.pdf>>.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA- Lei nº 59/ 2007- **Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro**). [Em linha]. [Consult. 04 Nov. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://dre.pt/pdf1s/2007/09/17000/0618106258.pdf>>.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA- Lei nº 12/2001- **Contraceção de emergência**. [Em linha]. [Consult. 02 Nov. 2013]. Disponível na Internet: <URL: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/569613DD-5B29-4D17-8230-5EDB9A7B8726/0/lei12_2001.pdf>.

- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional para a Saúde Mental (2013-2017): Plano Nacional de Prevenção do Suicídio**. [Em linha]. [Consult. 02 Nov. 2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>>.
- DUCHESNE, Mónica e ALMEIDA; Paola E.- **Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares**. *Rev Bras Psiquiatr*. Vol 24, Supl III (2002). [Em linha]. [Consult. 30 Abr. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13972.pdf>>.
- EUSÉBIO, M.H.B.- **Relatório de actividades relativo ao ano 2012**. Unidade de Cuidados na Comunidade: Cruzeiro de Algueirão- Rio de Mouro ACES Sintra. (Não publicado).
- FERNANDES, Sérgio Joaquim Deodato- **Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para agir**. Tese para obtenção de grau de doutor em enfermagem. UCP, Instituto Ciências da Saúde, Lisboa, 2010. [Em linha]. [Consult. 04 Nov. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/4984>>.
- GASPAR, Tânia et al.- **Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes**. *Rev. bras. ter. cogn* Vol. 2, nº 2 (2006). [Em linha]. [Consult. 23 Out. 2013]. Disponível na Internet: <URL: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S180856872006000200005&script=sci_abstract>.
- GASPAR, Tânia et al.- **Estudo da Auto-estima em crianças e adolescentes portugueses: impacto de factores sociais e pessoais**. *Revista Amazónica*. Vol. V, nº 2, Jul- Dez (2010). [Em linha]. [Consult. 10 Out. 2013]. Disponível na Internet: <URL: http://sigarra.up.pt/fpceup/pt/publs_pesquisa.show_publ_file?pct_gdoc_id=25436>.
- HOGA, Luiza A.K.- **A dimensão subjectiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão**. *Revista Esc Enferm USP*. Vol. 38, nº 1 (2004). [Em linha]. [Consult. 10 Out. 2013]. Disponível na Internet: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342004000100002&script=sci_arttext>. ISSN 0080-6234.
- MANDÚ, E.N.T/ PAIVA, M.S.- **Consulta de enfermagem a adolescentes**. *Revista adolescer: compreender, atuar, acolher*. Associação Brasileira de enfermagem. [Em linha]. [Consult. 10 Out. 2013]. Sem data. Disponível na Internet: <URL: <http://www.abennacional.org.br/revista/cap5.1.html>>.

- MANICA, Daniela T.- **A desnaturalização da menstruação: hormônios contraceptivos e tecnociência.** *Horiz. antropol.* Porto Alegre. Vol. 17, nº 35, Jan./ Jun. (2011). [Em linha] [Consult. 09 Out. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832011000100007>>. ISSN 0104-7183.
- MATOS, M.G. et al.- **A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Relatório do estudo HBSC 2010.** Equipa do Projecto Aventura social. [Em linha]. [Consult. 10 Out. 2013]. Disponível na Internet: <URL: http://aventurasocial.com/arquivo/1303144700_Relatorio_HBSC_adolescentes.pdf>.
- MCCLOSKEY, Joanne C e BULECHEK, Glória M. (Org); Trad. Regina Garcez- **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).** 3º. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. ISBN 85-7307-819-7.
- MCCLOSKEY, Joanne C e BULECHEK, Glória M. (Org); Trad. Regina Garcez- **Classificação dos resultados de Enfermagem (NOC)** 3º. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. ISBN 85- 7307-820-0.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/ ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE/ PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016 – **Estratégias para a Saúde III. 3). Eixos Estratégicos Qualidade em saúde.** [Em linha]. [Consult. 01 Jun. 2013]. Disponível na Internet: <URL: http://pns.dgs.pt/files/2011/02/qs_18-03-2011.pdf>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE – **Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016.** Novembro de 2010. [Em linha]. [Consult. 10 Out. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSP1.pdf>>.
- MORAL, Alain et al- **Prevenção das Toxicomanias.** 1ª ed. Lisboa: Climepsi, 2001.
- MURTA, Sheila Giardini et al.- **Prevenção primária em saúde na adolescência: avaliação de um programa de habilidades de vida.** *Estudos de Psicologia.* Vol. 14, nº 3, Setembro-Dezembro (2009). [Em linha]. [Consult. 04 Out. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n3/a01v14n3.pdf>>. ISSN 1678-4669.
- NATIONAL RESEARCH AND DEVELOPMENT CENTER FOR WELFARE AND HEALTH- **Framework for promoting Mental Health in Europe.**

Hamina. 1999. [Em linha]. [Consult. 02 Jun. 2013]. Disponível na Internet: <URL: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1996/promotion/fp_promotion_1996_frep_15_en.pdf>. ISBN 951-33-0823-5.

- NETO, Sílvia et al.- **Contraceção na adolescência. Recomendações para o aconselhamento contraceptivo.** [Em linha]. [Consult. 02 Out. 2013]Secção de medicina/ Sociedade Portuguesa de Contraceção. Disponível na Internet: <URL: http://www.spdc.pt/files/noticias/Contraceco_adolescentes_verso_final.pdf>.
- NEVES, Maria do Céu Patrão (Coord) – **Comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana.** 2ª ed. revista e aumentada. Gráfica de Coimbra, 2002.
- OLIVEIRA, Agnes S.de; ANTONIO, Priscila da S.- **Sentimentos do adolescente relacionados ao fenómeno no Bullying: Possibilidades para a assistência de enfermagem nesse contexto.** Revista Electrónica de enfermagem. V.09, nº 01 (2006). [Em linha]. [Consult. 04 Jul. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>.
- OLIVEIRA, Miguel / PAIS, Lúcia G.- **Tomada de decisão na adolescência: do conflito à prudência.** [Em linha]. Consult. 04 Out. 2013]. Disponível na Internet: <URL: http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/1097_2010_Oliveira.pdf>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS/ CONSELHO DE ENFERMAGEM- **Inquérito programa padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (PPQCE). Recolha de dados de progresso 2012.** [Em linha]. [Consult. 10 Jul. 2013]. Disponível na Internet: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Inquerito_padroesQualidade_2012.pdf>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS- **CIPE, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem,** versão 1.0. Trad. de INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES- International Classification of Nursing Practise, ICNP ®, 2006.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS- **Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.** [Em linha]. [Consult. 12 Jul. 2013]. Cadernos OE. Série I, nº 3, vol 1 (2010). Disponível na Internet: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatrica_volume1.pdf>. ESNB: 978-989-8444-00-4.

- **ORDEM DOS ENFERMEIROS- Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária: Guia orientador de boas práticas.** Cadernos OE, Série 1, nº 4. 2012. [Em linha]. [Consult. 10 Dez. 2012]. Disponível na Internet: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/gobb_MCEESMP.pdf>. ESNB: 978-989-8444-18-9.
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS/ CONSELHO DE ENFERMAGEM - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual; enunciados descritivos.** Dez 2001. [Consult. 20 Jun. 2013]. [Em linha]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>>.
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS- Revista Ordem dos enfermeiros, Suplemento da revista N.º 13.** Julho 2004. **Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. Dos resumos Mínimos de Enfermagem aos indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem: o caminho percorrido.** [Em linha]. [Consult. 12 Jul. 2013]. Disponível na Internet: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_13_Julho_2004_Suplemento.pdf>.
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de saúde Mental.** Colégio da Especialidade de ESMP, 2011. [Em linha]. Consult. 20 Jun. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>>.
- **ORGANIZAÇÃO MENTAL DE SAÚDE/ Departamento de saúde mental e abuso de substâncias- Prevención de los Transtornos mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas.** 2004. [Em linha]. [Consult. 24 Abr. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/78545>>.
- **ORGANIZAÇÃO MENTAL DE SAÚDE- Prevención de los Transtornos Mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas.** 2004. [Em linha]. [Consult. 18 Maio 2013]. Disponível na Internet: <URL: http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf>. ISBN: 924159215 X
- **ORGANIZAÇÃO MENTAL DE SAÚDE / WORD HEALTH ORGANIZATION- Mental Health Promotion in Young People: an investment for the future.** 2010. [Em linha]. [Consult.

05 Maio 2013]. Disponível na Internet: <URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/121135/E94270.pdf>.

- PEREIRA, Sandra de M.- **Rompendo preconceitos sobre a utilização de anticoncepção de emergência para as adolescentes.** Revista Adolescência e Saúde. Revista Oficial do Núcleo de estudos da saúde do adolescente/ UERJ. Vol 7, nº 1, Jan/ Mar (2010). [Em linha]. [Consult. 20 Out. 2013]. Disponível na Internet: <URL: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=178>.
- PHANEUF, Margot- **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** Loures: Lusociência. 2005. ISBN: 972-8383-84-3.
- REBELO, Teresa- **Do fato à poesia. Uma viagem subjectiva.** Constr. Psicopedag. Vol.13, nº10 (2005). [Em linha]. [Consult. 07 Jun. 2013]. Disponível na Internet: <URL: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542005000100006&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1415-6954.
- RICHAMONT, Nathaly Armijo- **Uso de la cineterapia en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.** Tese de obtenção de Mestre em psicologia clínica de adultos. Universidade do Chile, 2010. [Em linha]. [Consult. 10 Jun. 2013]. Disponível na Internet: <URL: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2010/cs-armijo_n/html/index-frames.html>.
- ROCHA, Amarílis P.- **A Relação de Ajuda no Ensino de Enfermagem.** Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, 2008. [Em linha]. [Consult. 15 Maio 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://ria.ua.pt/handle/10773/3315>>.
- RODRIGUES, Rosa Maria- **Gravidez na adolescência.** Revista Nascer e Crescer. Revista do Hospital de Crianças Maria Pia. Vol 19, nº 3 (2010). [Em linha]. [Consult. 13 Out. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/nas/v19n3/v19n3a21.pdf>>.
- ROGERS, CARL. R. – **Tornar-se Pessoa.** 1.^a ed. Lisboa, 2009. IBSN: 978-989-8160-46-1.
- SÃO, Maria Teresa- **Interrupção Voluntária da Gravidez- estudo retrospectivo de 5 anos.** Revista Adolescência & Saúde, Rio de Janeiro. Vol. 10, nº 1, Jan./Mar. (2013). [Em linha]. [Consult. 03 Out. 2013]. Disponível na Internet: <URL: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=350>.

- SAITO, Maria Ignez and LEAL, Marta Miranda. **Adolescence and emergency contraception**: Forum 2005. *Rev. paul. pediatr.* Vol. 25, nº 2 (2007). [Em linha]. [Consult. 28 Out. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822007000200014>>. ISSN 0103-0582.
- SERRA, Adriano Vaz; POCINHO, Fernando- **Auto-conceito, coping e ideias de suicídio**. *Psiquiatria Clínica*. Vol. 22, nº 1(2001). [Em linha]. [Consult. 04 Maio 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://rihuc.huc.min-saude.pt/handle/10400.4/873>>.
- SILVA, Helena M. et al. - **Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: desafios de uma nova realidade pediátrica**. *Acta Pediatr Port.* Vol. 43, nº1 (2012). [Em linha]. [Consult. 07 Out. 2013]. Disponível na Internet: <URL: [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/32/20120530161957_Art%20Original_Silva%20HM_43\(1\).pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/32/20120530161957_Art%20Original_Silva%20HM_43(1).pdf)>.
- SILVA, Regina Maria Araújo da; AMORIM, Rosângela- **Consulta de enfermagem: um mediador na conquista da confiabilidade entre enfermeiro e adolescente resultando numa assistência de qualidade**. Comunicação no 61º Congresso Brasileiro de enfermagem: “Transformação social e sustentabilidade ambiental”. 07 a 10 de Dezembro de 2009. [Em linha]. [Consult. 02 Out. 2013]. Disponível na Internet: <URL: http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/02346.pdf>.
- SIMÕES, F.F.L. S. et al.- **Relação de ajuda: Horizontes de existência**. *Revista Referência*. II.ª Série, nº 3, dez (2006). [Em linha]. [Consult. 04 Maio 2013]. Disponível na Internet: <URL: http://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=107&id_revista=4&id_edicao=5>.
- SOUZA, Jacqueline de et al.- **Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental**. *Revista Baiana de Enfermagem*. Salvador. Vol. 25, nº 2, Maio/Ago. (2011). [Em linha]. [Consult. 15 Maio 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewArticle/5252>>
- TAQUETTE, Stella R. et al.- **Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes**. *Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro*. Vol 21, nº 6, Nov-Dez (2005). [Em linha]. [Consult. 04 Nov. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n6/09.pdf>>.

- TOWNSEND, Mary (Trad. por Sílvia Costa Rodrigues) - **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de Cuidado na Prática baseada na Evidência**. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2011. ISBN: 978-972-8930-61-5.
- UNIÃO EUROPEIA (2008) – **Construir Boa saúde Mental: Orientações baseadas no conhecimento existente**. Tradução de José Carlos Gomes. Building Up Good Mental Health: Guidelines based on existing knowledge. (www.mmmhe.eu). Finlândia 2008.). [Em linha]. [Consult. 04 Nov. 2012].Disponível na Internet: <URL: <http://www.sppsm.org/cms/wp-content/uploads/2012/09/Manual-Construir-Boa-Sa%C3%BAde-Mental.pdf>>.
- VICÁRIO, M. I. Hidalgo- **Atención integral del adolescente**. Revisión crítica. Centro de Salud “Barrio del Pilar”. Madrid). [Em linha]. [Consult. 04 Nov. 2012].Disponível na Internet: <URL: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/ USER /SP Atencion integral adolesc ente.pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/USER/SP/Atencion_integral_adolescente.pdf)>

ANEXOS

Anexo 1- Guia de Acolhimento da Unidade de Pedopsiquiatria

Anexo 2- Impresso de Registo de notas de enfermagem, na admissão

Anexo 3- Intervenções de Enfermagem- Unidade de Pedopsiquiatria



**HOSPITAL D. ESTEFÂNIA
PEDOPSIQUIATRIA**

**REFLEXÃO SOBRE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE
200 Horas de contacto, em contexto de estágio de enfermagem ESM**

Aluna: Margarida Tavares Morais

Maio- Junho 2013

1. **PASSAGEM DE TURNO**
2. **BEM-ESTAR E AUTO-CUIDADO**
3. **PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA**
4. **REUNIÃO MULTIDISCIPLINAR**
5. **OFICINAS TERAPÊUTICAS**
6. **REUNIÃO FAMILIAR**
7. **INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS /PSICOTERAPIAS INDIVIDUAIS**
8. **ACOMPANHAMENTO DAS VISITAS**
9. **ENTREVISTA DE ENFERMAGEM**
10. **SUPERVISÃO DE ALUNOS**
11. **PLANEAMENTO DE ALTAS**
12. **ATENDIMENTO TELEFÓNICO ÀS FAMILIAS**
13. **REGISTOS DE ENFERMAGEM**

Introdução

A relação terapêutica constrói-se com o adolescente e família (a todos as horas, com todos e em todo o espaço)- A relação constrói-se numa evolução técnica e processual de ligação entre o adolescente e o enfermeiro, oferecendo ao profissional focos de atenção de sentimentos e atitudes que os adolescentes desenvolvem em direcção a ele, e aos pares. A capacidade de desenvolver esta relação mobiliza o autoconhecimento e a consciência do eu pessoal do enfermeiro, bem como a capacidade de gerir emoções, valores e atitudes presentes na relação (*Ordem dos Enfermeiros- Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em Saúde Mental*).

Isto foi sentido ao longo do estágio, com percepção ainda maior, na relação entre o adolescente e o enfermeiro de referência, método adoptado pela equipe de enfermagem⁶.

⁶ Reflectimos que a adopção desde método de trabalho terá as suas razões (que não foram discutidas), mas creio que, não só a aliança terapêutica entre adolescente- enfermeiro é maior, como o enfermeiro de referência obterá

Cada enfermeiro, possui, portanto, a responsabilidade e é responsável pelos cuidados totais, vinte e quatro horas por dia, durante todo o internamento do adolescente, existindo uma descentralização das decisões. O enfermeiro de referência pode tomar as decisões necessárias que asseguraram a qualidade de cuidados. Idealmente o enfermeiro de referência é que é chamado a fazer a colheita de dados, os diagnósticos de enfermagem e a planificação dos cuidados, assegurar a continuidade através da elaboração de planos escritos (ex: definir um horário de ocupação de tempo), planejar a alta (ensino ao adolescente e família e encaminhamento apropriado desde a admissão à Unidade).

A relação psicoterapêutica constrói-se, assim, com as intervenções psicoterapêuticas, as programadas e as imprevistas, em que todas as horas de atenção e cuidado ao adolescente são chamadas a ter uma intencionalidade terapêutica em tudo o que se faz e diz, com atenção permanente às respostas que cada profissional dá, controlando as suas emoções. Exige, também, gerir a cada momento, e guiados por saberes teóricos e práticos, toda uma dinâmica de atenção individual e colectiva, aos comportamentos visíveis e invisíveis, às expressões universais (quando todo reagimos da mesma maneira), e às singulares (quando cada um reage de acordo com a sua forma individual de ser); quando há comportamentos desajustados à idade, às limitações pessoais (físicas e cognitivas, emocionais), ou estão a dificultar a progressão do plano individual terapêutico.

Há necessidade de ser perito em comunicação, criativo nas abordagens, humilde nos fracassos, flexível no trabalho de equipe, bom gestor de tempo e recursos, de forma a que se crie um ambiente terapêutico (terapia milieu, onde o adolescente se sente acolhido, compreendido, e acreditado). Há também, por parte do profissional, uma grande mobilização afectiva com todo o sofrimento que comporta, para o adolescente e a família, um internamento. Estando estas bases estabelecidas, a aliança terapêutica permitirá construir com o adolescente o seu plano individual, reconhecendo-o como o autor principal da sua recuperação, que será solidificada com o enfermeiro de referência.

1. **PASSAGEM DE TURNO** (média: 60 min) -Quero chamar-lhe reunião de enfermeiros, porque nela não se faz só a passagem de informação, mas a análise, a decisão e a avaliação dessa mesma informação. O que observei classifico em:

- *O que se fala-*

- i. Em relação aos adolescentes (maior parte do tempo)**

uma maior satisfação com o seu ambiente de trabalho, porque sente maior autonomia, que também, com certeza lhe é dada pelo enfermeiro chefe.

- ◆ O estado mental dos adolescentes, com procura de objectividade e clareza de conceitos. (A presença de estagiários de enfermagem favorece este cuidado permanente pela linguagem.
 - ◆ Relação com o grupo de pares, com os profissionais e com os familiares;
 - ◆ Alterações nas avd's- relacionadas com a idade e autonomia, efeitos secundários da terapêutica, ou a problemática comportamental e mental que acompanha cada adolescente;
 - ◆ Motivação para a participação nas oficinas terapêuticas;
 - ◆ Intervenções farmacológicas e não farmacológicas, necessidade de alterações.
 - ◆ Apresentação à equipa de uma nova entrada, maiores cuidados a ter, sobretudo nos primeiros dias.
- ii. **Em relação aos profissionais (sobretudo enfermeiros)**- relação terapêutica estabelecida, planos de intervenção por parte dos técnicos de referência, dificuldades de vária ordem (segurança da Unidade, reposição de material, nº de enfermeiros ou assistentes operacionais...)
- *E como se fala*- Com bastante variação no que se refere, ao tempo destinado ao aprofundamento de um tema, à atenção prestada, à informação escolhida em função do tempo de que se dispõe, às interrupções havidas. Não se experimentou preocupação excessiva com a presença de estagiários. Preocupação de confirmação de uniformização nas intervenções, na compreensão do que se diz ou decide. Somos informados que a equipa já teve formação sobre mediação de conflitos.
 - **Reflexão suscitada:** É interessante perceber se o tempo da passagem de turno é bem aproveitado para os objectivos para que está criado: dar continuidade às intervenções prestadas, apresentar ou esclarecer dúvidas, informações importantes que não são transmitidas e quais as causas, tempo que a equipa dispõe para este momento. Nesta equipa, apresenta-se como um tempo informal, agradável, motivador.

2. **BEM-ESTAR E AUTO-CUIDADO** – avaliar, planejar, promover, supervisionar, apoiar, encorajar, ensinar, explicar, facilitar e realizar cuidados individualizados ao adolescente, de acordo com deficits identificados: falta de informação, mobilização afectada, desorientação, desatenção, confusão, desmotivação, insegurança, vergonha, medo, etc. Percebeu-se a mobilização dos enfermeiros para que esta dimensão fosse atendida, com qualidade.

- **Reflexão suscitada-** é interessante perceber os ganhos em saúde com a satisfação destas necessidades. Mobilizou-me relacionamento de conhecimentos das patologias comuns ao internamento, efeitos secundários da medicação, questionamento das intervenções adoptadas nos adultos, com deficits nestas áreas.

3. **PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA-** realizada com calma com responsabilidade, não sendo identificado durante o estágio erros de medicação, nem faltas. (ex: se é necessário avaliar TA antes, confirmar com o médico ou o farmacêutico quando houve alterações da mesma, registos. Maior preocupação com as benzodiazepinas). Ressaltam as intervenções necessárias para favorecer a adesão terapêutica (explicação ao adolescente da medicação prescrita).

- **Reflexão suscitada-** necessidade de conhecimentos sobre a terapêutica (dose terapêutica para crianças- notei a diferença com os adultos, no medo da dose e de introduzir novos fármacos), necessidade de análises de controle, efeitos secundários, métodos de adesão terapêutica durante e após a alta (ressalto a participação na defesa da tese de EESM, de uma das enfermeiras da Unidade, sobre *a adesão terapêutica de jovens com um 1º surto psicótico- intervenções de enfermagem*).

4. **REUNIÃO MULTIDISCIPLINAR-** tempo de apresentação, interpretação e decisão de intervenções necessárias para os adolescentes internados. Oportunidade significativa para uma intervenção multidisciplinar, com valorização do papel do enfermeiro, pois é o que passa mais tempo na sua companhia, e o conhece melhor. Avalia-se a necessidade dele estar bem preparado e conhecedor do estado dos doentes. Verifica-se alguma falta de metodologia de trabalho, com muito tempo despendido para os resultados obtidos.

Decisão conjunta da prioridade para as vagas a ocupar. Que critérios? Perigosidade do adolescente para si mesmo e/ ou para a família? Capacidade de resposta qualificada

da equipa? E outra questão: qual o significado do reinternamentos? Diagnósticos mal feitos? Falta de adesão terapêutica? Falta de suporte familiar, social?

- **Reflexão suscitada-** Grande oportunidade de as intervenções dos enfermeiros serem validadas. Constitui-se, também, como um tempo de aprendizagem e de saborear o trabalho multidisciplinar e de dedicação à causa de proporcionar ao adolescente e à sua família a melhor qualidade de vida possível. Esforço de diagnosticar e medicar bem, por parte dos psiquiatras, do enfermeiro em oferecer o maior nº de informações que ajudem este objectivo.

O tempo na reunião também se oferece como um tempo de reflexão sobre os factores promotores e protectores de saúde mental, que a nossa sociedade oferece, não só através da instituição da família e da escola, como das instituições de saúde. Acrescenta-se ainda a percepção da articulação com a rede de referenciação hospitalar de psiquiatria da infância e da adolescência, a nível de Portugal.

5. **OFICINAS TERAPÊUTICAS-** A Unidade de Internamento não dispõe de nenhum técnico de terapia ocupacional ou de psicomotricidade O enfermeiro assume estas “oficinas” (ainda que supervisione o trabalho de um monitor), que se oferecem como espaços diários de abordagens psicomotoras e psicodinâmicas, de terapias de ajuda para o adolescente expressar os seus sentimentos e conflitos e dar a conhecer ao profissional, não só a motivação com que se apresentam nestas oficinas, como as capacidades relacionais entre os pares e entre o adolescente e o adulto. Ajudam também o adolescente a consciencializar as suas capacidades e talentos, aumentando a auto-estima. As oficinas regulares são de expressão dramática, expressão plástica, cineterapia, relaxamento, culinária, atelier de beleza.
6. **REUNIÃO FAMILIAR-** A reunião familiar constitui um espaço de diálogo entre os adolescentes e os técnicos (enfermeiro, pedopsiquiatra, psicólogo, assistente social, monitor) e os adolescentes com o objectivo de proporcionar um tempo de conversa de um tema do desejo dos adolescentes, como por exemplo dificuldades sentidas no internamento, relações familiares, relações escolares, etc. a reunião parece-nos que é de valorizar na intencionalidade, porém, foi percebido em algumas ocasiões que era para os adolescentes uma actividade não agradável, o que nos parece ser aceitável, quando a reunião envolvia muitos técnicos em relação ao nº de adolescentes, sentindo-se estes expostos...

- **Reflexão suscitada-** a necessidade de preparação profissional para prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, envolvendo capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias através de actividades como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar e supervisionar. Pede também capacidade de observação, escuta, gerir emoções, sentimentos, consciencializar e gerir transferências e contra-transferências. Perceber a importância do silêncio.

Percebe-se maior ou menor capacidade, no enfermeiro, bem como sensibilidade de desenvolver estas intervenções tão necessárias neste grupo etário. Cada profissional é chamado a contactar com o seu talento, resistência e capacitar-se, a nível pessoal, na área que mais necessita.

7. INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS /PSICOTERAPIAS INDIVIDUAIS com o adolescente ou a família- técnicas psicoterapêuticas de ajuda com o objectivo de permitir no adolescente não só a expressão de sentimentos de raiva, desânimo, ajudando o adolescente como a interpretação e integração desses estados de ânimo: escutando, ensinando, esclarecendo. Podem ser programadas com o adolescente ou família, em termos de periodicidade diária ou semanal ou provocadas por identificação desta necessidade.

A contenção de comportamentos violentos, proporcionando um espaço físico apropriado para o adolescente descarregar a sua raiva- usado várias vezes. (paredes forradas com tecido almofada e chão com colchões) na presença do profissional que o quer ajudar a lidar com esse sentimento, apresenta-se como uma alternativa à necessidade de fármacos SOS. Tivemos conhecimento de um enfermeiro agredido por um adolescente.

- **Reflexão suscitada-** foram observadas, bastantes vezes, sobretudo com os adolescentes, estas intervenções, que exigem tempo, espaço, e conhecimentos. Favorecem bastante a relação terapêutica. Nestas intervenções são identificadas necessidades que podem ou não ser respondidas durante o tempo de internamento; podem conhecer as respostas do próprio Hospital D. Estefânia: serviços sociais, escolas e jardins de infância, equipas de Intervenção Precoce da Infância, projectos de intervenção psicossocial, Comissões de Protecção de Crianças e Jovens e as alternativas de resposta fora da instituição ou no perímetro de referência da área de residência dos adolescentes (ex: terapias individuais ou familiares, grupos de auto-ajuda, escolas de educação especial...).

A intervenção de contenção de força sem o recurso aos habituais neurolépticos ou ansiolíticos, como nos adultos, apresenta-se como uma evidência empírica que suscitou desejos de investigar artigos nesta área.

8. **ACOMPANHAMENTO DAS VISITAS-** preocupação do enfermeiro observar/ presenciar este tempo diário para poder apreciar a relação familiar, mediar a possibilidade de conflito, oferecer ajuda. A hora poderá ter de ser adaptada em função da disponibilidade da família ou do plano terapêutico do adolescente.

- **Reflexão suscitada-** tempo muito rico de recolha de informação, tive menos oportunidades pela maior presença do turno da Manhã.

9. **ENTREVISTA DE ENFERMAGEM-** a entrevista é realizada no início, com colheita de dados segundo modelo, onde consta:

- Nome pelo qual a criança/jovem gosta de ser tratado;
- Observação da criança /jovem (aspecto geral, pele e mucosas; estado de nutrição; linguagem; comunicação não verbal significativa; humor; comportamento à entrada; aceitação do internamento; expectativas; outros dados de interesse);
- Sinais vitais; visão, audição; mobilidade; consumos;
- Doenças e internamentos anteriores; medicamentos que toma regularmente;
- Agregado familiar;
- Pessoais mais significativas/ amizades;
- Actividade escolar/ aproveitamento;
- Actividades de tempos livres;
- Higiene; alimentação; sono;
- Objectos de segurança;
- Pais e acompanhantes (quem acompanha; preocupação dos pais; expectativas em relação ao internamento; observação da interacção)

- **Reflexão suscitada-** será a informação recolhida, nesta entrevista de enfermagem suficientemente aproveitada, no estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem? Não foram observados estabelecimento de diagnósticos de enfermagem escritos, à excepção dos realizados pelos alunos, se bem que se perceba uma identificação e intervenção empírica. Percebemos de uma forma informal, haver alguns enfermeiros a trabalhar a linguagem da CIPE, para deduzimos, ser instituída na Unidade.

Interessante perceber que nº de adolescentes não queriam aceitar ficar internados e quantos dias passaram até o aceitarem.

Necessidade de aprofundar alguns diagnósticos mais comuns no internamento como perturbações do comportamento alimentar, perturbações da hiperatividade, a tentativa de suicídio, as perturbações do humor, perturbações depressivas, perturbações do espectro do autismo.

10. SUPERVISÃO DE ALUNOS- acompanhamento cuidadoso e com preocupação na sua aprendizagem teórico- prática. Distribuição dos alunos por enfermeiros de referência.

- **Reflexão suscitada-** aceitar alunos em estágio exige mobilização de recursos, deu para perceber a satisfação dos alunos que estagiaram na mesma altura que eu, já com boas exigências de resposta.

11. PLANEAMENTO DE ALTAS- com acordo da equipe e programada com a família. Preocupação em escrever carta de enfermagem, onde consta a causa do internamento, as intervenções farmacológicas e não farmacológicas e necessidades de apoio nas duas dimensões, no pós- alta.

- **Reflexão suscitada-** sente-se a necessidade de uma consulta de enfermagem, que nos parece estar a ser trabalhada, para ser instituída no serviço, de uma forma formal. O enfermeiro é procurado o pós alta? Não perguntámos; parece-nos que esta possibilidade é maior quando os adolescentes frequentam um espaço de intervenção, pertencente ao Hospital D. Estefânia.

12. ATENDIMENTO TELEFÓNICO ÀS FAMILIAS- disponibilidade da parte da equipe em aceitar chamadas da família a qualquer hora do dia e da noite, para conhecer o estado do seu familiar, ou esclarecer dúvidas.

- **Reflexão suscitada-** avaliado como manifestação da disponibilidade da equipe de enfermagem, em estar ao dispor das preocupações da família.

13. REGISTOS DE ENFERMAGEM- A apreciação breve permitiu anotar que tipo de informação é registada: exame mental; intervenções da equipe multidisciplinar e resposta do adolescente (intervenções psicoterapeutas, exames auxiliares de diagnóstico, consulta médica, familiar, dietista, psicóloga, assistente social, apoio escolar, intervenções farmacológicas e não farmacológicas para conter agressividade ou violência); apreciação das relações familiares, terapia familiar, registo de parâmetros vitais, peso, medicação administrada. Percebeu-se o interesse de outros técnicos na sua leitura. Alguns de difícil leitura por letra difícil...

- **Reflexão suscitada:** o modelo biomédico ainda se faz sentir em alguns registos e a não colocação de intervenções de enfermagem realizadas. Falta de continuidade nos mesmos, uso de linguagem ambígua. Necessidade minha de conhecer e praticar linguagem CIPE, perceber a sua importância nos registos de enfermagem.

**Anexo 4- Folha de Registo de Plano por Etapas.
Alterações do comportamento alimentar**

Anexo 5- Folha de Registo de competências nas Actividades Terapêuticas

Anexo 6- Sessão de Cineterapia

Actividade terapêutica: Cineterapia: “Billy Elliot”

Fundamentação da actividade:

Segundo Calisch (2001), as películas são metáforas que podem ser utilizadas em terapia tal como os mitos, histórias, contos e narrações, terapeuticamente construídas. Estas questionam a ordem afectiva e favorecem o impacto do insight cognitivo, o “dar-se conta”. Devido ao facto de estimularem sentimentos, aumentam a probabilidade das pessoas procurarem novos comportamentos e desejos, sendo adequada tanto para adultos como para adolescentes.

Ainda que a literatura sobre o uso terapêutico de películas não seja extenso, a popularidade das intervenções das películas tem vindo a aumentar. A imagem, a palavra e a música que o espectador captam do filme, podem, portanto, afectá-lo e produzir nele uma introspecção e uma identificação que, com a ajuda do terapeuta podem servir de espaço terapêutico definido segundo os objectivos traçados por ambos.⁷

Objectivo principal

Promover o insight cognitivo e afectivo

Objectivos específicos:

- Favorecer a expressão de sentimentos, com possível identificação com contextos adversos visualizados na película;
- Facilitar a aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros;
- Percepção de estratégias de resolução de problemas;
- Promover bem-estar emocional

Recursos necessários: película “Billy Elliot”, tv, leitor dvd, cadeiras, espaço escurecido e sem interrupções, 1 terapeuta.

Caracterização da película: drama e comédia. O filme conta a história de um adolescente de 11 anos de idade, membro de uma família humilde, que pratica boxe, mas que se apercebe, com a ajuda de uma professora, do seu talento para o ballet. Para os ensaios, Billy confronta-se com a oposição do pai e do irmão e de um conflito interior de orientação sexual. Billy acaba por conseguir que o pai o ajude a alcançar o seu desejo: ser bailarino. Billy frequenta uma escola especializada e concretiza-se o seu sonho.

⁷ RICHAMONT, Nathaly Armijo- **Uso de la cineterapia en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar**. Tese de obtenção de Mestre em psicologia clínica de adultos. Universidade do Chile, 2010. Disponível em http://www.thesis.uchile.cl/thesis/uchile/2010/cs-armijo_n/html/index-frames.html

Metodologia:

1. Apresentação da proposta do filme, na 2ª feira (dia da programação da semana) com aprovação dos adolescentes;
2. Visualização do filme com os adolescentes no dia escolhido (111 min). Observação atenta dos participantes;
3. Partilha do filme (dando espaço a todos, gerindo distribuição de tempo para cada um, respeitando opiniões e silêncios dos que não querem partilhar nada) (35 min):
 - a. De que gostei mais no filme?
 - b. Que mensagem me transmite?
 - c. Registar frases pronunciadas pelos adolescentes;
 - d. Fazer uma síntese

Avaliação da actividade de Cineterapia

Dos 10 jovens internados, participaram 9 jovens, 2 das quais, por sono, não conseguiram acompanhar a 2ª parte do mesmo. O que não pode participar encontrava-se em consulta médica.

Como factores adversos externos à concentração existiram, apenas, as interrupções por parte dos técnicos, e um bloqueio técnico do filme; e internas, o sono.

A avaliação da actividade, foi programada a partir de:

1- Observação da expressão facial (choro, riso, apreensão) e expressões verbais durante o filme: o filme foi seguido com atenção e vigilância por 7 jovens, 2 deixaram-se dormir, em alguma parte do filme;

2- Nº de adolescentes que respondem à proposta de partilha (realizar um pequeno resumo do filme; de que gostei mais no filme; que mensagem me transmite): evidenciou-se sensibilidade para os temas suscitados no filme: conflitos familiares, a raiva, a coragem, a amizade, necessidade de diálogo para dar a conhecer aos outros o que sentimos, a persistência. Pareceu-nos, portanto, o alcance do objectivo da actividade: contacto e partilha dos adolescentes com o seu eu pessoal. Todos os adolescentes disseram alguma coisa.

O tema da orientação sexual do adolescente não é colocado na mesa. Causas? Não foi percebido no filme, tema desconfortável para ser conversado no grupo? Esquecimento?

Algumas frases identificadas pelos adolescentes. “A gente quando quer uma coisa de que gosta, tem de ser persistente! “Temos de ter força de vontade, coragem e ambição”; “Os pais às vezes não compreendem os gostos dos filhos”. Verificou-se, também, capacidade de escuta de uns dos outros, bem como atenção quando o Enf.º devolveu o que os adolescentes disseram, em forma de síntese;

3- Frases escolhidas para escrever no quadro da parede e comentários posteriores ao filme: as frases e um resumo do filme foram escritas num quadro, e num pequeno jornal de parede: “Vimos um filme: “ Billy Elliot”, que falava sobre um jovem querer ser bailarino e o pai não deixar, mas com a ajuda de uma professora ele vai para uma escola e o pai passa a apoiá-lo”.

Não se verificaram porém, comentários posteriores à actividade (continuarem a falar do filme, que avaliávamos como positivo... questionamos as causas: não estarem à vontade uns com os outros para partilharem sentimentos, comportamento de desmotivação devido a sentimentos de tristeza/ depressão, não o fazerem na presença de adultos, por se sentirem ocupados no seu espaço íntimo?

Concluindo, a actividade conseguiu alcançar os seus objectivos, de uma forma geral, sendo classificado como podendo integrar a pasta de selecção dos mesmos, para outras ocasiões.

BIBLIOGRAFIA

RICHAMONT, N.- **Uso de la cineterapia en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.** Tesis para optar al grado de Magister en Psicología clínica de adultos. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología. 2010. Disponível em http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2010/cs-armijo_n/pdfAmont/cs-armijo_n.pdf

Anexo 7- Sessão de Biblioterapia

ACTIVIDADE TERAPÉUTICA “ POESIA”

Fundamentação da actividade:

Segundo alguns autores, a literatura, por essência, constitui uma maneira de trabalhar simbolicamente a experiência humana. Porque ela pressupõe representações imaginárias dessas experiências- representações cujo porta-voz é o psicopedagogo- ela traz consigo aquilo que é indizível no campo da linguagem, em que as emoções, os afectos, os pensamentos são reconhecidos, identificados na forma literária, podendo integrar o campo da consciência, quando antes estavam ignorados (Rebelo, 2005).

Objectivo principal

Criar um espaço de partilha, de contacto com o eu pessoal de cada adolescente, em forma de catarsis.

Objectivos específicos

- Favorecer a expressão de sentimentos
- Promover bem-estar emocional, a comunicação, relações inter-pessoais adequadas e gratificantes;
- Aumentar a confiança grupal;
- Fornecer um nível base de estimulação capaz de activar processos que permitem a tomada de consciência das dimensões intra-psíquicas e relacionais

Recursos necessários: poesia “Preciso de espaço”, de Vasco Lima Couto, espaço sem interrupções, 2 dinamizadores

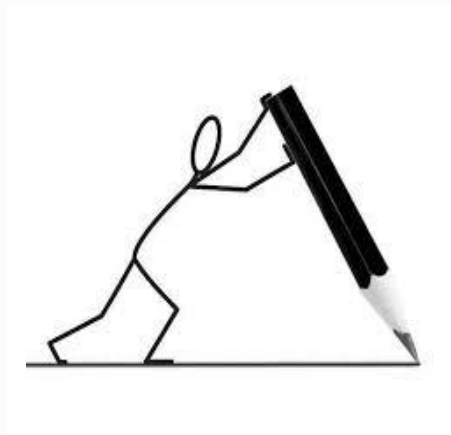
Metodologia: escolha de uma poesia interessante, com potencialidade de provocar no jovem temas comuns aos adolescentes. Distribuição à equipe de enfermagem para “votar” no poema”, 1 semana de antecedência. Apresentação (2ª feira- dia do planeamento da semana), ao grupo de adolescentes, da proposta desta actividade para um dos dias da semana.

Tempo: 1 hora.

Preciso de espaço

Para ser feliz
Preciso de espaço
Para ser raiz
Ter a rede pronta
Para o mar de sempre
Ter aves e sonho
Quando a terra escuta
E falar de amor
Aos tambores da luta

Ter palavras certas
No Sol do caminho
E beber a rir
O doirado vinho
Misturar a vida
Misturar o vento
E nas madrugadas
Quando o povo abraço
Para estar contigo
Preciso de espaço



Preciso de espaço
Para ser feliz
Preciso de espaço
Para ser raiz
Caminhar sem ódio
Falar sem mentiras
Ter meus olhos longe
Na luz de uma estrela
E ser como um rio
Que se agita ao vê-la

Vasco Lima Couto (1923-1980)

Avaliação da actividade Biblioterapia

- **Nº e motivação inicial de adolescentes que aderiram à proposta**- ao ser lembrada a actividade do dia, 6 jovens manifestaram não querer participar, mesmo após se lhe ter lembrado a decisão em grupo da actividade, na 2ª feira anterior. Realizou-se a sessão com 4 jovens e 2 Enf.ºs. A desistência de alguns não impediram de se avançar com quem estava interessado, pois que não seria benéfico para o grupo, alguém contrariado, estar a participar. No início alguma apreensão, pois ao se explicar o objectivo da mesma, manifestaram que pensavam que era para escrever uma poesia... aceitaram porém o desafio. Foi necessário introduzir ao longo da sessão elementos de motivação e de significado ao silêncio que iam surgindo, bem como de conter a vontade de uma jovem desistir da actividade. Identificado como importante agarrar os temas surgidos, sem porém perder de vista a poesia.

- **Concentração na leitura individual da poesia**- conseguiu-se o tempo e o espaço necessário para tal.

- **Nº de adolescentes que responderam à proposta de partilha (que parte da poesia chama mais a atenção e /ou com que me identifico; existência de alguma parte em que se está em desacordo, outras partilhas espontâneas):** os temas abordados foram variados e considerados pertinentes, como a felicidade, estar sozinho, ter saúde, pedir ajuda, fazer asneiras/ errar, mudar de comportamento, tipos de amor. Todos participaram espontaneamente.

- **A avaliação da actividade por parte dos adolescentes e do Enf.º presente na actividade:** a avaliação dos participantes foi que a actividade foi agradável e que pode ser repetida a experiência, que chamaram reflexão. Da parte do Enf.º, que acompanhou a actividade comigo, confirmou que correu bem, houve participação dos intervenientes, que os animadores conseguiram adequar as intervenções necessárias para alcançar os objectivos da mesma, como escutar, dar feed-back, moderar fugas ao tema, equilibrar tempo dado a cada um, manter o elemento que queria sair e que às vezes interrompia o outro.

Para mim, não tendo, porém, referência nenhuma de participação nem realização, numa actividade do género, creio ter adquirido competências de técnicas de comunicação, gestão de emoções, criatividade, trabalho em equipa, gestão de imprevistos, aprofundamento de conhecimentos sobre cineterapia.

Avalio tendo havido ganhos em saúde mental para os adolescentes no alcance dos objectivos pré- definidos.

Penso ainda que poderia ter havido mais algum benefício, abordando os jovens individualmente, os que participaram e não participaram, para aumentar a relação terapêutica possível com a actividade, pesquisando e/ou elaboração uma grelha de avaliação mais específica, por exemplo, sobre o grau de satisfação pela actividade, nível de concentração, classificação dos sentimentos verbalizados.

Anexo 8- Estudo de Caso



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde
Mental e Psiquiatria**

ESTUDO DE CASO



Hospital D. Estefânia

Pedopsiquiatria- Unidade de Internamento

Elaborado por Margarida Tavares Morais

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, em Lisboa, surge a oportunidade de, durante o Ensino Clínico, elaborar um estudo de caso.

Um estudo de caso permite de forma fiel seguir o processo de enfermagem, uma vez que:

“ (...) nos ajuda a descobrir as dificuldades que enfrentam as pessoas cuidadas, a identificar os problemas com uma certa precisão e, em consequência, a diagnosticá-los. A planificação deste processo permite-nos decidir sobre a acção a empreender para os resolver e avaliar os resultados” (Phaneuf, 2001, p. 91).

O presente estudo, foi pensado e trabalhado durante a realização do Módulo I “Intervenção na Crise no Adulto”, no serviço de Pedopsiquiatria, Hospital D. Estefânia, representando uma jovem do sexo feminino, com quadro depressivo e tentativa de suicídio, com a qual, a interacção decorreu no período do seu internamento.

Neste trabalho irá ser apresentada a história de vida da pessoa estudada à luz do “Modelo Teoria dos Sistemas” de Betty Neuman, uma vez que aborda a pessoa como um sistema aberto, que influencia e é influenciada pelo ambiente, obtendo desta interacção os benefícios e os malefícios que se lhe associam e que a acompanharão no seu processo de saúde/doença.

A pessoa cuja situação representa o estudo evidencia compreensão da influência dos fatores adversos que precipitaram a tentativa de suicídio, embora durante quase todo o internamento tivesse sido difícil interagir com a jovem que se demonstrou muito inibida e chorosa com todos os técnicos.

Acrescentar também que, como limitações para o estudo não houve possibilidade de realizar a entrevista inicial, pois não me encontrava no serviço, bem como não poder assumir-me como enfermeira de referência da mesma (por decisão de serviço em não colocar alunos como elementos de referência), limitando algumas abordagens e necessidade de uso de informação recolhida não pela própria. Além disso houve o cuidado em não saturar a família com abordagens que eram realizadas pela médica e o não querer tirar tempo à hora da visita, optando-se em salvaguardar o que era mais benéfico para a utente e sua família, e aceitando a não concretização de determinados objectivos pensados no início do trabalho.

Os critérios orientaram a escolha deste caso foram a possibilidade de interagir com a família e dialogar com facilidade com a pedopsiquiatra da utente em causa.

Pretende-se assim com este estudo de caso:

- Descrever a situação clínica da utente em estudo;
- Desenvolver competências de intervenção de crise no adolescente e sua família;
- Desenvolver e mobilizar o conhecimento teórico para as práticas de enfermagem especializada;

- Aplicar e desenvolver de forma sistematizada o processo de Enfermagem;
- Planificar os cuidados de enfermagem, tendo por base o modelo conceptual teórico de Betty Neuman. Segundo a NANDA⁸, são levantados os diagnósticos e propostos os objectivos que se espera alcançar, sendo posteriormente realizadas as actividades de enfermagem com as quais iremos alcançar os objectivos e no final faz-se a avaliação.
- Desenvolver um espírito crítico, flexível e criativo.

Como metodologia para a realização deste estudo de caso, usei a informação recolhida pela pedopsiquiatra durante a admissão da jovem às Urgência e a primeira entrevista médica e de enfermagem com a família, a observação e pequenas abordagens terapêuticas realizadas durante o internamento. Participei também alguns dias nas reuniões da equipa terapêutica e consultei o processo clínico.

No decurso do mesmo, recorri a pesquisa bibliográfica, para que me permitisse, de forma sustentada, fazer uma análise e reflexão crítica do caso, assim como a construção de um plano de intervenção de enfermagem que fosse efectivo e mais eficaz.

O presente trabalho é constituído pela identificação do utente, o motivo de internamento, a história psiquiátrica, os antecedentes pessoais e familiares, o genograma familiar, o ecomapa,.

Este trabalho é finalizado com uma nota conclusiva onde faço uma breve análise do desenvolvimento da aprendizagem e seus contributos, tendo em conta os objectivos propostos, bem como a sua contribuição para a minha construção pessoal e profissional, no desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria.

⁸ Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem.

1. O MODELO DE BETTY NEUMAN

Betty Neuman nasceu em 1924 em Ohio. O seu passado rural, despertou a sua compaixão por pessoas com necessidades, o que norteou o seu investimento na enfermagem. Fez um percurso na enfermagem que em 1985 evidenciou o seu interesse pelo comportamento humano ao obter o doutoramento em Psicologia Clínica. Embora, no seu percurso o seu investimento na área da Saúde Mental tenha sido contínuo. Evidenciou-se no progresso da Enfermagem na Saúde Mental, desenvolvendo o seu primeiro modelo explícito de prática e ensino para a consulta de saúde mental, no final dos anos 60. Este modelo compreendia conceitos de ciência comportamental tais como prevenção e identificação do problema.

Após o desenvolvimento do Modelo de Sistemas, Betty Neuman, participa em diversas actividades profissionais de cariz internacional, publicações, palestras, consultas, cursos e conferências.

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman engloba o conhecimento de diversas áreas, as suas próprias crenças, relativamente à Enfermagem, bem como a sua especialização em enfermagem clínica, nomeadamente na Saúde Mental. O modelo tem como base a teoria geral dos sistemas que reflecte o organismo vivo como um sistema aberto, em constante interação com o ambiente que o rodeia. O indivíduo é considerado tanto no campo ambiental como no organismo, sendo o seu comportamento o reflexo da sua relação com esse campo. Sinais da influência que a Teoria de Gestalt teve no desenvolvimento do seu Modelo.

A pessoa é vista como um todo, em todas as suas dimensões (fisiológico, psicológico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual), os quais interagem entre si; o ambiente é tido como forças internas e externas que afetam e são afetadas pela pessoa. O cliente é um sistema (...) que interage com o ambiente adaptando-se-lhe; ou como um sistema, adaptando o ambiente a si. (Neuman, 1995)

Neuman realça ainda a definição de stress formulada por Selye, “*resposta não específica do corpo a qualquer pedido que lhe é feito*” (Torney, 2004: 337) e a importância da adaptação ao problema, perante o mesmo, devido à necessidade de reajustamento.

Os *stressores* são estímulos produtores de tensão que resultam em stress, positivos ou negativos para a pessoa, que ocorrem dentro das fronteiras do sistema do cliente. Estes podem ser: “*Forças intra-pessoais, que ocorrem no indivíduo, como as respostas condicionadas; Forças interpessoais, que ocorrem entre um ou mais indivíduos, como as expectativas de função; Forças extra-pessoais, que ocorrem fora do indivíduo, como as circunstâncias financeiras.*” (Torney, 2004:338, citado por Freese).

Assim, podemos considerar os atributos físicos, as atitudes ou o grau de desenvolvimento pessoal, como forças intra-pessoais. As relações entre os indivíduos, estão incluídas nas forças interpessoais e, por fim, situações como o desemprego pertencem às forças extra-pessoais.

Posto isto, a adaptação é encarada como um processo dinâmico e contínuo, através do qual a pessoa satisfaz as suas necessidades, face aos factores de stress, podendo cada necessidade ser perturbadora da estabilidade da pessoa. A estabilidade ocorre quando “*o sistema do cliente colabora com os stressores, com êxito; consegue preservar um nível de saúde adequado.*” (Torney, 2004: 338, citado por Freese)

Contudo, quando este mecanismo de adaptação falha, desenvolve-se uma desarmonia, tornando a própria pessoa incapaz de satisfazer as suas necessidades, ficando mais susceptível à doença.

Existem condições básicas, comuns a todos os seres humanos, para a manutenção da estabilidade: linha de defesa normal, linha de defesa flexível e linha de resistência.

A **linha de defesa normal**: funciona como um ponto de avaliação dos desvios do habitual bem-estar da pessoa ou sistema, uma vez que é constituída pela reacção do ser humano ao ambiente. Representando assim, um estado de estabilidade para o indivíduo ou sistema. Esta tem em atenção os seus mecanismos de *coping*, estilos de vida e estadios de desenvolvimento, ou seja, considera as capacidades que a pessoa foi adquirindo, ao longo da sua vida, como forma de lidar com os factores de stress.

A **linha de defesa flexível**: é dinâmica e pode ser facilmente alterada em pouco tempo. Funciona como uma espécie de protecção adicional, que impede que os *stressores* interfiram com o bem-estar da pessoa, no momento em que esta enfrenta condições adversas. As diferentes dimensões do ser humano (fisiológico, psicológico, sócio-cultural, espiritual e de desenvolvimento) influenciam a forma como este utiliza esta linha flexível de defesa.

As **linhas de resistência**: são consideradas recursos utilizados pela pessoa, os quais, auxiliam a superar os factores de stress. São a última defesa do indivíduo e, quando eficazmente utilizadas, ajudam-no a retomar a sua estabilidade e bem-estar.

Por vezes, também com o intuito de manter o equilíbrio e harmonia, a pessoa mobiliza, de forma inconsciente, um “ambiente criado”. Este tipo de ambiente funciona como um isolador, que a ajuda a lidar com os *stressores*, alterando-se a pessoa a si própria ou à situação. O bem-estar da pessoa influencia e é influenciado, constantemente, pelo ambiente criado. (Freese, 2004)

Neuman (1995) identifica três níveis de prevenção: **Prevenção primária**, caracterizada pela identificação ou suspeita de um agente *stressor*, embora ainda não tenha ocorrido uma reacção. No entanto, o risco de desarmonia é conhecido; **Prevenção secundária**, caracterizada pela ocorrência de sintomas de stress, sendo iniciadas intervenções e tratamento. Os recursos internos e externos da pessoa devem ser utilizados no fortalecimento das linhas de defesa; e **Prevenção terciária**, caracterizada pelo reajustamento da estabilidade do sistema, após tratamento, aumentando a resistência da pessoa aos *stressores* e prevenindo o reaparecimento da reacção.

Desta forma, é possível compreender que Modelo de Sistemas de Betty Neuman tem grande importância para a actual e futura prática de enfermagem, facilitando abordagens globais, de forma unificadora, e adequada à multidisciplinaridade, deste modo, impede a fragmentação dos

cuidados à pessoa e alerta para a prevenção como forma de promoção e manutenção do sistema da pessoa.

2. ESTUDO DE CASO

APRESENTAÇÃO DE A.

DADOS BIOGRÁFICOS

Nome: A.

Nome mais usado: A.

Data de nascimento: 2000

Idade: 13 anos;

Sexo: Feminino;

Raça: Caucasiana;

Naturalidade: Lisboa;

Estado Civil: solteira

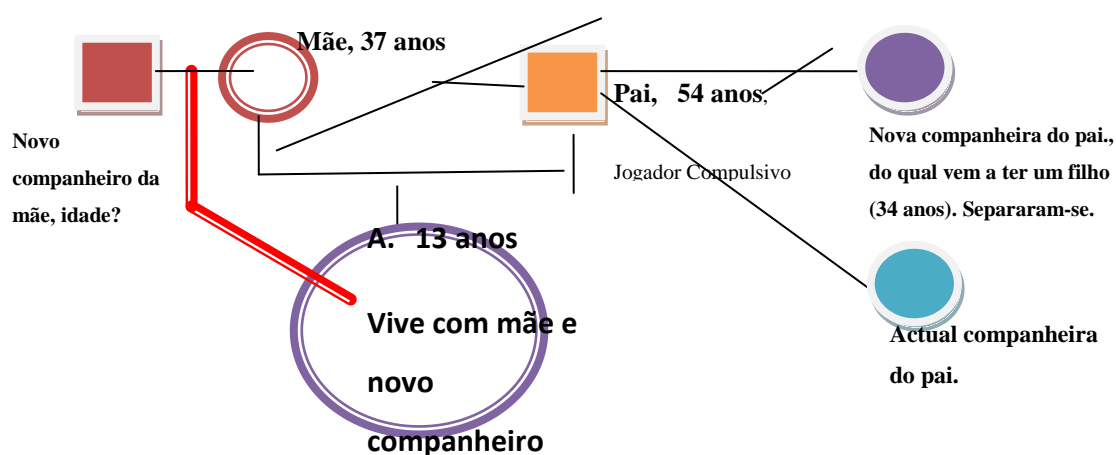
Habilitações: 7º ano, a frequentar o 8º com absentismo escolar

Pessoas significativas: pai e mãe (estão separados há 5 anos)

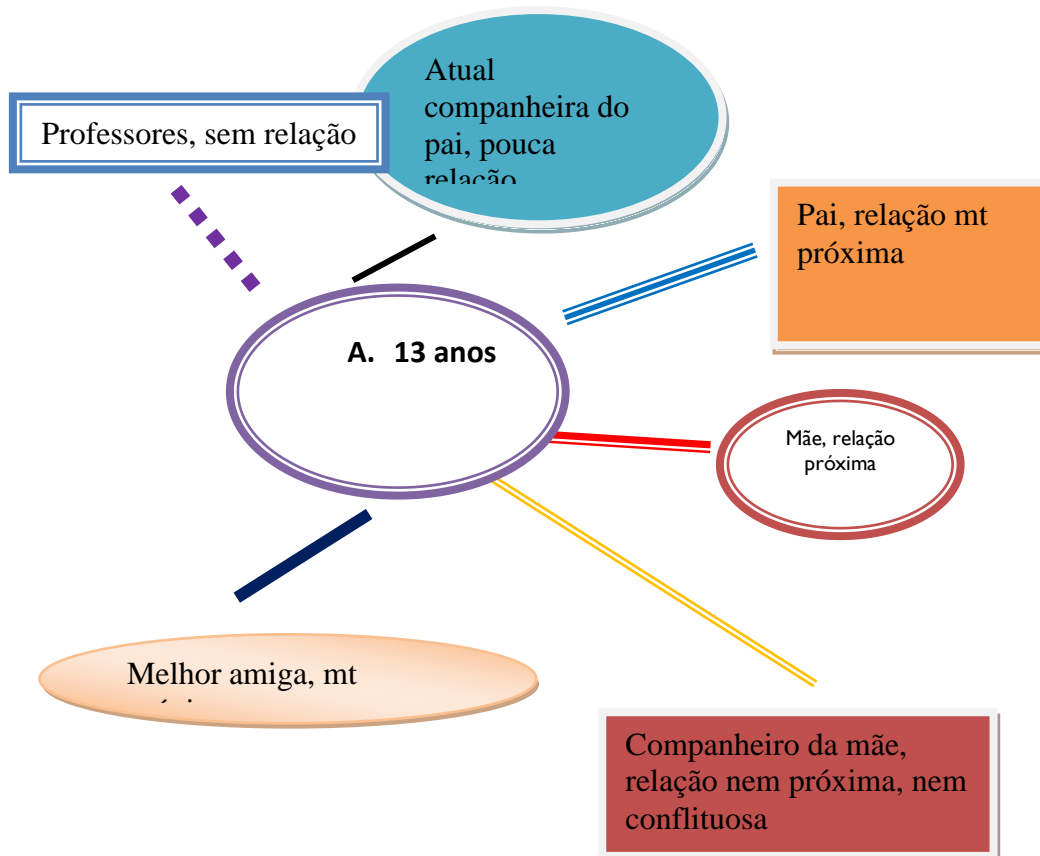
Data da 1ª admissão: 2013

Prestação de cuidados: 12 dias

a.1.1.Genograma



A.1.2. Ecomapa



HISTÓRIA DE VIDA E ESTADO MENTAL DE A. E FAMÍLIA

História de vida passada e actual

A A, deu entrada no serviço, dia x 2013, no turno da tarde, **cabisbaixa, em mutismo, chorosa**, acompanhada da mãe, após ter sido levada ao serviço de urgências, pela mãe, por ingestão voluntária de medicamentos, **em tentativa de suicídio**, onde permaneceu durante a noite do dia x , onde fez lavagem gástrica, e pesquisa de tóxicos. Resistência ao internamento e à separação dos pais, sendo possível na altura o enfermeiro fazer entrevista com os pais.

Como antecedentes pessoais e familiares: a A. nasceu por parto normal, gestação não planeada, após meses de namoro dos pais; peso à nascença: **4. 200Kg**; aleitamento materno até aos 7 meses. Iniciou excesso de peso após os 6 anos de idade, com acompanhamento do médico de família, de indicação de controlar dieta hipercalórica e realizar exercício físico. (Praticava natação, mas “porque lhe estava a alargar os ombros” abandonou.). Sem acompanhamento de dietista.

Antecedentes de asma em criança, medicada com broncodilatadores, actualmente controlada sem terapêutica.

A mãe refere **dificuldades prévias na relação mãe-filha desde o divórcio**, na sequência da **violência doméstica**, dirigida à mãe, referindo a A. que neste momento aceita bem o divórcio dos pais, embora lhe tivesse custado muito na altura. Actualmente com forte ligação emocional ao pai, que se encontra internado no Hospital da Força Aérea, por complicação de cirrose e ascite. A A. refere “**desilusão** por o pai não conseguir “perder o hábito (...) e já ter feito outros tratamentos anteriores (...) não sabe se este vai resultar” (durante todo o internamento permaneceu internado). A mãe refere grande ligação à filha, com dependência de controle telefónico, limitando a autonomia da filha. Acrescenta-se que a mãe refere que o pai não cumpre a regularidade das visitas quinzenais à A. esta porém durante o internamento não apresentou nenhuma queixa em relação a este assunto, referindo que tem falado com o pai por telefone regularmente, tendo esta possibilidade de usar o telemóvel, no Hospital.

Há 1 ano terá havido 3 episódios de **assédio sexual** por parte de um amigo do pai, que apalpava a A. quando lá ia almoçar, que a A. denunciou a uma amiga e esta à mãe. A A. refere **ser desacreditada** pela família, várias vezes, porém a situação foi encaminhada para a CPCJ que pediu acompanhamento de psicologia, afirmando a A. que “ não gostava de lá andar porque ela só falava do problema de alcoolismo do meu pai e da violência lá em casa”. De informações dos registos médicos existe “pouca adesão por contacto inibido e discurso pobre nas sessões”.

É referida situação recente com professora de educação física que terá feito comentário em relação ao seu peso, sentindo-o como reforço de **bullying** dos rapazes que a chamam de “gorda”. Entretanto a professora ao ter conhecimento do internamento da A. telefonou à mãe pedindo perdão pela situação, informação esta que a mãe transmitiu à filha. Porém a A. durante o internamento referia-se a esta situação como causadora de muito sofrimento. O bullying viemos a perceber que é uma situação recorrente desde o 7º ano, altura em que mudou de escola (onde também já não se encontrava uma tia, trabalhadora da escola anterior, que parecia protege-la destas situações). A. refere que **não é totalmente compreendida pela mãe**, quando comenta com ela as situações de “ gozo na escola” pois só lhe diz “ para não ligar”.

Associada a esta situação surge a desmotivação de ir à escola, e a diminuição do rendimento escolar; bem como a afirmação da A. que “não gosta de estudar, nem de nenhuma disciplina. Apura-se também que a **A. foi vítima de uma empurrão**, com necessidade de ir para o Hospital, no 1º dia de escola, quando tinha 6 anos.

Onicofagia há vários anos.

A A. **dorme com a mãe**, apresentando **vários medos** segundo a mãe, referindo que a filha é **insegura e tem uma auto-estima baixa**.

A mãe tem 37 anos, é natural de Mirandela, 5ª filha de fratria de 7 irmãs. Tem uma irmã próxima que vive em Lisboa, Trabalha há muitos anos em casa de família italiana. **Mãe com Diabetes tipo II**.

A mãe refere que o pai era agressivo com ela mas não para a A.

O pai tem 54 anos, agente da PSP, apresenta **alcoolismo** há vários anos (quantos?), portador de **cirrose hepática**, com baixa médica há 1 ano, a aguardar reforma. Internado no Hospital com quadro de descompensação da cirrose. Tem uma nova companheira, referindo a A. que “ele não está tão feliz como a minha mãe”. O pai teve uma relação anterior e filho com aproximadamente 30 anos e uma neta com 7 meses, que a A. conhece e visita de vez em quando. A relação não é muito próxima.

Entrevista da mãe com a pedopsiquiatra (realizada 2 dias após o internamento)

(transcrita do processo clínico, foram retiradas informações consideradas repetidas)

“A mãe apresenta-se ansiosa com discurso verborreico e humor deprimido por períodos, emocionando-se quando aborda tema da separação do pai da A. na restante entrevista postura com pouca valorização da gravidade do gesto (“**parece que foi para chamar a atenção**”). Descreve o episódio do passado dia 28 de Maio: tendo falado telefonicamente com a A., às 18.00 informando que o pai desta (internado por cirrose) estava melhor. Ao chegar a casa, às 18.45, a A. pediu à mãe que olhasse para a gaveta onde estavam as caixas vazias de medicação ingerida (paracetamol, benzodiazepinas), a mãe terá falado telefonicamente com o pai, ambos decidindo necessidade imediata de recorrerem ao serviço de urgências, contra o desejo da A., que dizia à mãe “estar óptima” (sic), já no carro verbaliza “**estar farta**” (sic) associando-o ao bullying escolar. A mãe refere quadro de maior **irritabilidade** nos últimos meses, **diminuindo rendimento escolar** no actual ano lectivo (8º ano).

A mãe tem novo companheiro (colega do pai na PSP sem que o pai saiba). A relação inicial com o namorado da mãe foi boa mas recentemente também mais irritada com este, respondendo mal (...)

Relativamente a acontecimentos de vida recentes destaca-se a morte da avó materna (AVC) e de um tio (Mirandela) em Outubro de 2012 (...).”

Avaliação do Estado Mental

A assistência holística na enfermagem psiquiátrica exige que o enfermeiro complete uma avaliação do estado de saúde biológica, psicológica e sociocultural da pessoa utente. A avaliação do bem-estar deve incluir um exame do seu estado mental, sendo usado para detectar mudanças ou anormalidades no funcionamento intelectual, no conteúdo do pensamento, no julgamento, no humor ou no afeto de uma pessoa. Segundo Stuart e Laraia (2001, p.139), representa um “*corte transversal na vida psicológica do utente, o somatório das observações e das impressões do enfermeiro naquele momento (...) também serve de base para comparações futuras, para acompanhar a evolução do utente ao longo do tempo.*”

O exame mental que, seguidamente, se apresenta foi realizado ao longo do internamento, confirmando informações médicas e captando outras não registadas.

Foi utilizado o guião para a realização do exame mental.

a. Aspeto geral, atitude e resposta ao contacto

Estado de consciência, orientação e atenção

Motricidade/Postura

A jovem A. apresenta idade aparente superior à idade real; apresenta aspecto cuidado, limpo, trajando vestuário adequado à idade e à estação do ano, ressaltando ao primeiro contacto o excesso de peso. Apresenta onicofagia. Nos antebraços são visíveis cicatrizes de automutilações de xi-acto com um mês de cicatrização.

Apresenta frequentemente evitamento do contacto visual, cabeça pendente e olhar baixo, respondendo à tentativa de contacto com mutismo, ou resposta agressiva.

A utente encontra-se vígil, orientada auto (soube dizer o seu nome completo, idade, data de nascimento, escolaridade) e alopsiquicamente (mostrou saber o local onde se encontrava, o dia, mês e ano corrente). Não revela alterações ao nível da atenção, quando abordada, sem pedir repetição do que se diz.

No que diz respeito à motricidade a Sr.^a L. apresenta postura corporal adequada, com comportamento e atividade motora sem alterações.

Não são evidentes dificuldades no andar, nem edemas dos membros inferiores, associados ao excesso de peso (94,0 Kg)

Apresenta-se ansiosa, com ligeira inquietação e com tremores involuntários dos membros inferiores. A ansiedade de desempenho é identificada também aquando da realização da avaliação psicológica pela psicóloga

b. Humor e afetividade

A A. evidencia humor disfórico, com presença de tristeza, labilidade e choro não controlável. Desmotivação para participar nas propostas terapêuticas. Presença também de humor apreensivo, revelando ansiedade, nervosismo, preocupação.

Emoção apropriada ao discurso e pensamento. A amplitude emocional sofreu ligeiras variações ao longo do internamento, quando observadas alterações no tom de voz, expressão facial, postura corporal e outras formas de comunicação não verbal, verificadas na relação interpares e visita familiar.

c. Linguagem e discurso

Verifica-se linguagem não fluente, percebendo-se inibição em falar, associada a labilidade emocional. Não se verificam alterações na compreensão, na nomeação, sendo porém um discurso lacónico, pobre de conteúdo “ não gosto de estudar, porque não gosto de nada”;

d. Funções cognitivas: Memória e inteligência

A A. não apresenta alterações da memória, de curto de longo prazo. Evocou acontecimentos passados da sua vida, ao logo das abordagens. Para apurar funções cognitivas a pedopsiquiatra pediu avaliação cognitiva, cujos resultados serão apresentados no final do exame mental

e. Pensamento

A intenção suicida surgia na A., segundo a própria, com alguma frequência, sobretudo quando se confrontava com as situações de bullying escolar, porém sempre que este assunto era abordado surgia imensa dificuldade em se continuar devido ao choro e o calar da A. no momento em que estava a ser levada para as Urgências referiu “estou farta”. Quando questionada sobre o que estava farta referiu apenas “de tudo”.

Sentiu-se dificuldade durante todo o internamento em apurar intencionalidade de morte. De notar que dias anteriores ao sucedido, a mãe a tinha encontrado a pesquisar na internet “suicídio sem dor”.

f. Percepção

Não se encontram evidências de apresentar alterações da percepção.

g. Insight e juízo crítico

Aceita a possibilidade relativamente ao desejo de sentir-se melhor. Verbaliza também. “o problema não é meu” (sic), atribuindo a responsabilidade aos rapazes da turma que gozam com o seu peso. Estabelece uma relação entre a possibilidade de deixar de ser vítima de bullying se emagrecer.

Apresentamos a seguir a transcrição do relatório de psicologia que só foi realizado no dia anterior à alta:

“Nível baixo em comparação à média da sua faixa etária. (WISC). Desempenho superior ao perfil de realização (nível médio) quando comparado ao perfil verbal (médio baixo). Na área verbal, o maior investimento situa-se a nível da compreensão / interiorização de regras colocadas e a maior dificuldade prende-se com o conhecimento geral associado a aprendizagens escolares. na área executiva, flexibilidade face a tarefas desconhecidas, aprendidas em curto espaço de tempo, sob pressão, revelando capacidade para seguir instruções; velocidade psicomotora, perspicácia e motivação.

Aspectos mais marcantes da personalidade:

- *Carências afectivas e falhas ao nível narcísico;*
- *Dificuldades na elaboração de estratégias face ao afecto depressivo e à gestão de conflitos;*
- *Verificou-se movimentos muito subtis de reivindicação pessoal e afectiva.*

Conclusão:

- *Apresenta algumas capacidades cognitivas, mas dificuldades do foro emocional;*

- *Ansiedade de desempenho, associada a sentimento de menos valia pode comprometer a sua capacidade adaptativa a acontecimentos externos adversos.*
- *Tem indicação para usufruir de um grupo terapêutico, que lhe permita reforçar as suas boas competências e transformar experiências relacionais pouco satisfatórias em estratégias adaptativas. Beneficiará ainda de integração em actividades extracurriculares.*

APLICAÇÃO DO MODELO DE BETTY NEUMAN, NA IDENTIFICAÇÃO DOS STRESSORES E FACTORES DE DEFESA

Tendo em conta o Modelo de Sistemas da Betty Neuman, o distúrbio mental/ comportamental é desencadeada por factores de stress que o indivíduo não consegue superar, então torna-se pertinente identificar os *stressores* na vida de A, os quais foram recolhidos nas diversas interacções que tivemos.

FACTORES DE STRESS - STESSORES DE A.

Stressores intrapessoais

- Baixa auto-estima
- Insegurança
- Ansiedade
- Humor deprimido
- Desmotivação escolar
- Obesidade
- Medo de dormir sozinha
- Irritação

Stressores interpessoais

- Dificuldades em ser ajudada pela psicóloga
- Desilusão em relação ao pai
- Isolamento social
- Alcoolismo e violência familiar na infância
- Internamento do pai

- Alguns conflitos com a mãe
- Assédio sexual

Stressores extrapessoais

- Divórcio dos pais
- Bullying

LINHAS DE DEFESA

Tendo em conta o Modelo de Sistemas da Betty Neuman, que faz referência à existência de três tipos de linhas de defesas, torna-se pertinente identificar as linhas de defesa existentes na vida de A.

Linha de defesa Normal

- Integração do divórcio dos pais
- oportunidades escolares e sociais como a maior parte das adolescentes da sua idade

Linha de defesa flexível

- Vontade de emagrecer
- Frequência escolar

Linha de defesa de resistência

- Fazer natação, andar de bicicleta
- Possibilidade de acompanhamento de psicologia
- Preocupação da mãe e do pai
- Preocupação da professora
- Relação com amiga
- Apoio emocional do companheiro da mãe
- Telefonemas frequentes do pai

- Condição socio-económica sem dificuldades

PLANO DE CUIDADOS (Em anexo encontra a evolução das intervenções e resposta da A.)

1. Risco de suicídio

Relacionado com: bullying e humor deprimido,

Manifestado por: auto- mutilações anteriores e tentativa de suicídio anterior. Pesquisa na internet “suicídio sem dor”.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:

- Usar uma abordagem calma e segura; escutar atentamente
- Criar atmosfera que promova a confiança
- Monitorizar a necessidade de terapêutica SOS ansiolítica ou controladora de humor
- Determinar a existência de um novo plano de suicídio;
- Vigiar comportamentos de risco de auto-mutilação / proporcionar ambiente seguro
- Ajudar a estabelecer metas realistas e atingíveis de curto e longo prazo
- Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos
- Ajudar o doente a identificar as situações que precipitam as ideias de suicídio
- Oferecer reforço positivo para a participação em atividades
- Ajudar a A. a identificar estratégias de coping
- Alertar a equipa que a doente está em risco de auto-lesão, usando a comunicação oral e a escrita
- Escutar atentamente (demonstrar interesse pela A.; escutando mensagens e sentimentos não expressos, bem como o conteúdo da conversa; estar atento ao tom, ao tempo, ao volume, à altura e à inflexão da voz, silêncio de latência).

2. Processos familiares disfuncionais

Relacionados com: separação dos pais, irregularidade das visitas do pai com a mãe, hospitalização do pai por alcoolismo;

Manifestado por: conflitos e irritabilidade, preocupação e medo de perder o pai.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:

- Entrevistar os cuidadores;
- Promover contacto telefónico com o pai;
- Explicar o alcoolismo do pai, como dependência e os riscos de recaída

3. Auto-estima baixa

Relacionada com: bullying e excesso de peso,

Manifestada por: isolamento social, humor deprimido, diminuição do rendimento escolar, e negação a comer

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:

- Promover a relação de ajuda; encorajar a verbalização dos medos, raiva, causas da tristeza;
- Ensinar técnicas de comunicação eficaz;
- Mostrar compreensão na sua recusa alimentar como forma de expressão de humor deprimido;
- Monitorizar quantidade e qualidade das refeições;
- Promover a interação da A. com o grupo dos pares, estimulando-a à participação nas oficinas terapêuticas;
- Suporte emocional (fazer declarações de apoio ou empatia; abraçar ou tocar para oferecer apoio; encorajar o diálogo ou o choro como meios para reduzir a resposta emocional);
- Monitorizar efeitos dos medicamentos, com especial atenção para o aumento de peso;
- Facilitar a identificação de recursos e habilidades pessoais que possam ser usados na modificação do comportamento;
- Avaliar humor após as atividades terapêuticas, consulta médica, intervenções de enfermagem;
- Estimular a consciência de si mesma, reexaminando as percepções negativas sobre si mesma;
- Promover a valorização das suas realizações;
- Identificar áreas fortes da personalidade da A;
- Promover consulta com dietista;
- Encorajar bons hábitos alimentares, exercício físico (voltar à natação), sair com os amigos, após alta;
- Conversar com familiares sobre a possibilidade de contactos com a escola

Diagnósticos	Objectivos	Intervenções	Avaliação	Resultados
<p>1- Risco de suicídio, relacionado com o bullying e humor deprimido, manifestado por: auto- mutilações anteriores e tentativa de suicídio anterior. Pesquisa na internet “suicídio sem dor”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir a expressão de sentimentos; - Aumentar a confiança nos profissionais; - Diminuir a tristeza e a ansiedade; - Aprender a falar de si mesma; - Aprender a gerir emoções; 	<ul style="list-style-type: none"> -Usar uma abordagem calma, segura e paciente; intervir de forma multidisciplinar; -Escutar atentamente (demonstrar interesse pela A. escutando mensagens e sentimentos não expressos, bem como o conteúdo da conversa; estar atento ao tom, ao tempo, ao volume, à altura e à inflexão da voz, silêncio de latência); -Criar atmosfera que promova a confiança; -Monitorizar a necessidade de SOS; -Determinar a existência de um novo plano de suicídio; -Vigiar comportamentos de risco de auto-mutilação / proporcionar ambiente seguro -Ajudar a estabelecer metas realistas a atingíveis de curto e longo prazo; -Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos -Ajudar a doente a identificar as situações que precipitam as ideias de suicídio -Oferecer reforço positivo para a 	<p>29/ 05- A A. Não consegue verbalizar o que sente; choro contido, soluça.</p> <p>30/ 05-administrado clorpromazina 25 mg em SOS, com efeito desejado.</p> <p>30/ 05- Mantém-se inibida em expressar sentimentos</p> <p>30/ 05- Verbaliza situação de Bullying na escola, como factor de sofrimento, sem aprofundamento do assunto.</p> <p>04/ 06- A A. Abre-se com a enfermeira; família presente, sobre o sofrimento do bullying.</p> <p>05/ 06- A A. aceita proposta de conversar diariamente com um técnico sobre um tema sensível da adolescência. Escolhe 2 enfermeiras para o fazer.</p> <p>07/ 06- Aprofunda a verbalização de sentimentos, aborda 3 situações que lhe estão a custar ultimamente; doença do pai, baixo rendimento escolar e bullying. Consegue rir e contar uma história de vida. A prof. de Ed. Física pediu desculpa. - Acorda propostas para pensar no fs, sobre o bullying- o que é que eu posso fazer.</p>	<p>Aumento da abertura e da expressão de sentimentos</p> <p>Diminuição da tristeza e da ansiedade</p> <p>Inexistência de ideação suicida</p> <p>Estratégias de coping identificadas: andar de bicicleta; falar com a mãe, o pai, e os amigos, quando angustiada;</p>

		<p>participação em actividades</p> <p>-Ajudar a A. a identificar estratégias de coping</p>	<p>11/ 06 -Diz que uma das formas é emagrecer... Mas diz que não pensou, no acordo de pensar sobre o bullying, percebe-se que não sabe o que há-de fazer, uma colega obesa, para se defender, bate, não concorda com esta solução</p> <p>Pinta as unhas no dia da oficina da beleza (antecedentes de onicofagia). Pergunta quando é a próxima actividade de beleza. Possibilitada consulta neste dia (11-06) com dietista. Reforço positivo.</p> <p>11/ 06- Mostra-me espontaneamente as unhas pintas e diz que vai deixar crescer.</p> <p>14/ 06- A A. Tem alta, por decisão médica, uma vez que a filha pede para passar o fs com a mãe, pois esta faz anos.</p> <p>A médica não me comunica, nem a equipa de enfermagem, pois não me encontrava no serviço.</p> <p>Por nós, ainda poderia ganhar com algumas intervenções de fortalecimento da auto-estima.</p> <p>A médica pede marcação de consulta de dietista para informar dia 27, para se poder trabalhar a motivação da perda de peso (consulta de pedopsiquiatria).</p> <p>A mãe informa que já marcou um ginásio para a filha</p>	
--	--	--	--	--

			<p>Dia 14/ 06 – diz à médica que uma das formas é fazer queixa à directora, sempre que ocorra bullying. A médica reforça q é importante manter acompanhamento de psicóloga na escola por causa do bullying. Em relação à ts, não aprofunda. É-lhe dito que seria bom conversar com a médica, mm que chore, dizer algo mais</p>	
<p>2- Processos familiares disfuncionais, relacionados com separação dos pais, irregularidade das visitas do pai com a mãe, hospitalização do pai por alcoolismo; manifestado por conflitos e</p>	<p>- Aprender a gerir emoções;</p>	<p>-Entrevista com os cuidadores; -Promover contacto telefónico com o pai</p>	<p>29/ 05- Dificuldade em se separar da mãe e companheiro</p> <p>30/ 05- A família traz comida, tem dificuldade em aceitar para não fazerem novamente; pede para falar com o pai em privacidade.</p> <p>01/ 06- Telefonemas e visitas regulares da mãe e companheiro. Não tem apresentado dificuldades em dormir sozinha.</p> <p>04/ 06- É-lhe recordado que pode telefonar ao pai.</p> <p>05/ 06- Verbaliza sentimento ambivalente de gostar se tiver mais um irmão. Dado reforço positivo por verbalizar isto.</p>	<p>Aumento da abertura e da expressão de sentimentos: preocupação, medo, tristeza, saudades com os profissionais, com a mãe e companheiro da mãe</p>

<p>irritabilidade, preocupação</p>			<p>07/ 06- Tem telefonado ao pai todos os dias. Manifesta desilusão pelas recaídas do pai. Refere que o mãe está mais feliz que o pai. Refere que a psicóloga anterior só falava com ela sobre o pai, não gostava “quando falava mal do pai, que era violento...”. Apaziguada com as razões da separação. Refere ter vontade de passar o aniversário da mãe com ela. Refere não haver dificuldades com a separação dos pais (que já ultrapassou). Conversa informal com a mãe e companheiro, na presença da A. Apresentam-se disponíveis para outros contactos, se necessário.</p> <p>12-06- A médica marcou consulta familiar para o dia 14.</p> <p>14/ 06 – A A. Teve alta. Informação da Dra Susana: o que é pedido à mãe é promover que a Ana durma sozinha; que valorize os sinais de depressão (hoje continuou a dizer que foi para chamar à atenção. É-lhe pedido que se envolva na escola, na resolução do bullying.</p>	
<p>3- Auto-estima baixa relacionada com: bullying e</p>	<p>- Interação de grupo - Motivar a frequência escolar;</p>	<p>-Promover a relação de ajuda; -Mostrar compreensão na recusa alimentar como forma de expressão de humor deprimido</p>	<p>03/ 06- Não participou na actividade da beleza.</p> <p>04/ 06- Não participou na act. Culinária. (aceitou na 3º seguinte, mt boa colaboração)</p>	<p>Diminuição da tristeza Aumento das competências</p>

<p>excesso de peso, manifestada por isolamento social, humor deprimido, diminuição do rendimento escolar, e negação a comer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Motivar para o projecto terapêutico, durante o internamento e pós- alta - Motivar acompanhamento especializado para uma alimentação equilibrada e perda de peso - Motivar estilos de vida saudável: alimentação, exercício físico - Aumentar a resiliência; - Adquirir competências para lidar com o bullying (não ficar sozinha, identificar as situações de risco, não chorar nem mostrar medo, manifestar ao bully que não gosta das suas atitudes, libertação de pensamentos 	<ul style="list-style-type: none"> -Monitorizar quantidade e qualidade das refeições. -Promover a interacção da A. com o grupo dos pares, estimulando-a à participação das oficinas terapêuticas -Suporte emocional (fazer declarações de apoio ou empatia; abraçar ou tocar para oferecer apoio; encorajar o diálogo ou o choro como meios para reduzir a resposta emocional -Monitorizar efeitos dos medicamentos, com especial atenção para o aumento de peso -Facilitar a identificação de recursos e habilidades pessoais que possam ser usados na modificação do comportamento -Avaliar humor após as actividades terapêuticas, consulta médica, intervenções de enfermagem -Estimular a consciência de si mesma, reexaminando as percepções negativas sobre si mesma; -Promover a valorização das suas realizações; 	<p>Agressividade latente. Pouca interacção no grupo.</p> <p>31/ 06- Aceita refeições.</p> <p>31/ 06- Tem entrevista com a pedopsiquiatra, dificuldade em comunicar, labilidade emocional</p> <p>04/ 06- Iniciou dieta com agrado</p> <p>05/ 06- Com vontade de seguir dieta. Foi pesada: 94,5 Kg. Refere que aos domingos costuma sair com a mãe e companheiro da mãe andar de bicicleta</p> <p>06/ 06- Iniciou avaliação psicológica a pedido da médica. Concluída dia 12.06</p> <p>07/ 06- Ficou para pensar no fs, sobre as razões de não gostar de estudar. Avalia-se como inferior, admite que não estuda nada, mas tb não gosta de nada (?).</p> <p>11/ 06- Não consegue identificar as razões. No 1º dia de escola empurraram-na, foi para o hospital. Sofreu outros actos de violência...</p> <p>Dia 15/ 06- vou ao serviço, percebo que a psicóloga deixou relatório da avaliação de psicologia, que devido ao interesse, passo a citar: <i>“Apresenta algumas capacidades</i></p>	<p>para lidar com o bullying</p> <p>Motivação para adesão a uma consulta de dietista</p> <p>Motivação para o exercício físico e alimentação equilibrada</p> <p>Adesão a actividades psicoterapêuticas de grupo</p> <p>Retomar acompanhamento de psicologia</p> <p>Retomar as aulas, pedir ajuda aos professores para lidar com o</p>
--	--	--	---	--

	depreciativos de si própria, aquisição de auto-valorização e auto-confiança	<p>-Identificar áreas fortes da personalidade da A.</p> <p>-Promover consulta com dietista</p> <p>Encorajar bons hábitos alimentares, exercício físico.</p>	<p><i>cognitivas, mas dificuldades do foro emocional;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>• Ansiedade de desempenho, associada a sentimento de menos valia pode comprometer a sua capacidade adaptativa a acontecimentos externos adversos.</i> <p><i>Tem indicação para usufruir de um grupo terapêutico, que lhe permita reforçar as suas boas competências e transformar experiências relacionais pouco satisfatórias em estratégias adaptativas. Beneficiará ainda de integração em atividades extracurriculares.</i></p>	bullying
--	---	---	--	----------

BIBLIOGRAFIA

1. CARVALHOSA, Susana Fonseca (2008) - **O Bullying nas escolas portuguesas. Seminário” Violência, Bullying e Agressividade em Contextos de Formação”**. Departamento de Psicologia Social e das Organizações. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Disponível em http://aaa.fpce.ul.pt/documentos/seminario_bullying/Resumo_Susana_Carvalhosa.pdf
2. CARVALHOSA, Susana Fonseca de ET AL (2001) - **Bullying- A provocação/vitimização entre pares no contexto escolar português**. *Análise Psicológica*, 2001, 4 (XIX), p. 523-537. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v19n4/v19n4a04.pdf>
3. CORDOVIL, C. et al.- Tentativas de suicídio em adolescentes internados na Unidade de Internamento da Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Central. *Repositório dp CHLC, EPE; Pedopsiquiatria.2009; XI (3): 15-20*. [Em linha]. [Consult. 31 Maio 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/421>>.
4. GEORGE, Júlia B.- *Teorias de Enfermagem: dos fundamentos à prática profissional*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000. ISBN 85- 7307587-2.
5. MCCLOSKEY, Joanne C e BULECHEK, Glória M. (Org); Trad. Regina Garcez- **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 3º. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. ISBN 85-7307-819-7.
6. MCCLOSKEY, Joanne C e BULECHEK, Glória M. (Org); Trad. Regina Garcez- **Classificação dos resultados de Enfermagem (NOC)** 3º. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. ISBN 85- 7307-820-0.
7. ORDEM DOS ENFERMEIROS- **CIPE, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**, versão 1.0. Trad. de INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES- *International Classification of Nursing Practise*, ICNP ®, 2006.
8. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012) - **Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária:**

Guia orientador de boa prática. Cadernos OE, Série 1, nº 4. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/gobp_MCEESMP.pdf

9. PHANEUF, Margot- **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** Loures: Lusociência. 2005. ISBN: 972-8383-84-3.

10. TOWNSEND, Mary (Trad. por Sílvia Costa Rodrigues) - **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de Cuidado na Prática baseada na Evidência.** 6ª ed. Loures: Lusociência, 2011. ISBN: 978-972-8930-61-5.

Anexo 9- Pesquisa Bibliográfica



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e
Psiquiátrica**

**Contraceção
Início da Vida
Interrupção Voluntária da gravidez
Objeção de consciência
Ética de Enfermagem**

**Trabalho de pesquisa, no âmbito do ensino Clínico, módulo I:
Promoção de estilos de vida saudáveis,
diagnóstico e prevenção na Comunidade**

**Margarida Tavares Morais, aluna nº 192012013
UCP 2013**

Para poder formular e analisar questões/problemas de maior complexidade, como estas, da contraceção ou da interrupção voluntária da gravidez; de forma autónoma, sistemática e crítica, identifico a necessidade de aprofundar algumas questões, que entretanto atraíram outras...

- Os contraceptivos. Contraceção de emergência
- O início da vida. Perspectivas
- A interrupção voluntária de gravidez
- A objecção de consciência
- Ética de enfermagem

É dever do enfermeiro ajudar o adolescente, à libertação de factores como a irreflexão, a ignorância, a obsessão, pressões sociais, e a não- aceitação de si mesmos, para que se consiga uma auto-realização autêntica através do processo procriativo.

Uma reprodução mecânica e casual, que não seja a expressão final de uma processo de amor progressivo, que atravessou todas as fases dum diálogo traduzido nas linguagens afectivas do amor, não é livre e não auto-realiza. Uma reprodução irreflectida, que não planeie maduramente o número adequado de filhos, o intervalo entre eles e o momento propício para o nascimento de cada um, representa uma paternidade e maternidade irresponsável, e este constitui um dos problemas mais gritantes da nossa sociedade, que conduz a situações desesperadas e desumanas, em que novos seres humanos são gerados, sem se terem garantido as mais elementares condições para a sua sobrevivência e desenvolvimento. Trata-se de um problema de saúde pública, a exigir que os cuidados primários incluam um eficaz aconselhamento para a procriação.⁹ A contraceção, é portanto justificável. O método de a realizar é que deve ser cuidadosamente escolhido (NEVES, 2002).

⁹ Cf Lei nº 3/84 de 24 de Março, art. 13; Lei nº 120/ 99 de 11 de Agosto, Capítulo III, art. 5

Há então que recordar quais os métodos contraceptivos hoje ao dispor, como funcionam, quais os gratuitos ao dispor nos centros de Saúde e Hospitais. Fazer perceber que não há métodos ideais, todos têm vantagens, limitações e inconvenientes. Deverá ser realizada uma informação ampla, sem se dispensar uma educação para a afectividade e sexualidade sã.

A Lei nº 12/ 2001, de 29 de Maio, oferece o direito da mulher de uma pílula concepcional de emergência nas primeiras 72 horas após uma relação sexual não protegida, não consentida, ou não eficazmente protegida, por qualquer outro meio anticoncepcional regular. A pílula do dia seguinte, cujo mecanismo de acção não está inteiramente esclarecido (Saito, 2005) e refiro-me à sua acção como método abortivo teratogénico, no caso da adolescente já estar grávida, no momento da tomada do contraceptivo de emergência, actua em 3 níveis diferentes: atrasa ou bloqueia a ovulação, reduz a motilidade da trompa, ou causa alterações no endométrio, que impede a implementação do embrião. Actualmente a legislação permite que ela esteja disponível gratuitamente nos Centros de Saúde, Hospitais e nas Farmácias.

A questão de ser ou não abortivo, une-se, por sua vez ao tema do início da vida. Encontramos vários pontos de vista e a polémica está presente, pois existe um choque entre opiniões da ciência, das várias culturas e religiões, isto porque cada uma delas possui significados, por vezes diferentes para a mesma palavra.

Não há portanto uma única verdade sobre o assunto, mas pontos de vista diferentes e divergentes. (Penha).

Na perspectiva genética, a vida humana começa na fertilização, quando o espermatozóide e o óvulo se encontram e combinam seus genes para formar um indivíduo, um ser humano com direitos iguais como qualquer um. Contudo existem 5 argumentos que impedem a certeza dessa teoria científica:

1ª- A grande maioria dos zigotos não consegue se implantar no útero, causando o aborto;

2ª- Não se pode falar em pessoa, se não existe individualização antes da gastrulação; o zigoto necessita não só de informação operativa interna, mas externas;

4ª- O zigoto sozinho só é potência em termos de informação genética, se não entram em jogo outros elementos exógenos; só com 6 a 8 semanas o embrião terá características de formação física e fisiológica;

5ª- O processo de zigoto para a pessoa futura não é um contínuo físico, senão um desenvolvimento em continuidade, pois no período embrionário sucedem importantíssimas e decisivas mudanças qualitativas

Já na **perspectiva embrionária** a vida começa a partir da 3ª semana de gestação, quando ocorre a gastrulação, processo cujas células dão origem a todos os tecidos e órgãos do embrião.

Para a **visão neurológica**, o mesmo princípio da morte vale para a vida. A vida termina quando cessa a actividade eléctrica do cérebro, a vida quando o feto apresenta actividade cerebral. Existe divergência nos cientistas quando começa esta actividade cerebral.

A **visão ecológica** afirma que a vida tem início com o nascimento.

Por fim, a **visão metabólica** afirma que a discussão sobre o começo da vida é irrelevante, uma vez que não existe um momento único no qual a vida tem início. Os espermatozóides e os óvulos são tão vivos como qualquer outra pessoa. A vida é um processo de evolução biológica e fisiológica.

A discussão está instalada nos questionamentos sobre que critérios a adoptar nas leis jurídicas e no questionamento se determinadas questões que surgem destas (como a contracepção de emergência) devem ser legisladas. Por alguma razão surgiram as comissões de ética.

Torna-se também necessário estar esclarecido sobre as grandes concepções religiosas relativamente ao início da vida.¹⁰

O *catolicismo* é uma das grandes religiões do planeta a afirmar que a vida começa no momento da concepção e a equiparar qualquer aborto a homicídio. A ideia de vida e a importância que lhe damos varia de acordo com culturas e épocas. Até séculos atrás eram apenas as crenças religiosas e hábitos culturais que davam as respostas a este debate cheio de possibilidades. Hoje a ciência tem muito mais a dizer sobre o início da vida.

A *religião católica*, considera, portanto, que a vida começa na concepção, portanto não é a favor do aborto. *Judaísmo*: a vida começa no 40º dia, quando o feto começa a adquirir forma humana; antes disso a IVG não é homicídio. *Islamismo*: 120 dias após a fecundação, quando a alma é soprada por Alá. Os muçulmanos condenam o aborto, mas aceitam, a sua prática principalmente quando há risco para a mãe. *Budismo*: não há

¹⁰ Cf. http://pt.wikipedia.org/wiki/Religi%C3%A3o_e_o_aborto

consenso sobre o aborto. a vida é um processo contínuo e ininterrupto. Consideram os seres humanos dependem de outras formas de vida. *Hinduísmo*: alma e matéria se encontram na fecundação e é aí que começa a vida.

Interrupção voluntária da gravidez

A lei n.º 16/2007 aprovada a 17 e Abril, na Assembleia da República, trouxe a possibilidade de acabar com o aborto clandestino e inseguro em Portugal. A alínea e) do n.º 1, do artigo 142.º do Código Penal Português permite a interrupção da gravidez até às 10 semanas, a todas as mulheres grávidas que o solicitem, desde que realizado num estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido.

Se o médico, ou outro profissional de saúde for objector de consciência e não concordar com a IVG, deve informar a mulher e indicar-lhe, de imediato, outros técnicos / serviços a que pode recorrer.

Existe necessidade de determinar com o máximo de rigor o tempo de gestação, através de uma ecografia.

Em termos de análises, é pedido HCG (gonadotrofina coriônica humana), que é uma hormona produzida durante a gravidez, sendo feita pelo embrião logo após a concepção e depois por uma parte da placenta. o papel de HCG é prevenir a desidratação do corpo lúteo do ovário, e desta forma manter a produção de progesterona.

Depois de encaminhada a adolescente para o local indicado, antes da interrupção da gravidez, existe uma consulta prévia, um período de reflexão de 3 dias; e no final da interrupção, uma consulta médica de planeamento familiar

Ser-lhe-á entregue um impresso de Consentimento Livre e Esclarecido, para assinar.

No caso de mulheres menores de 16 anos e das mulheres psiquicamente incapazes o Consentimento Livre e Esclarecido terá de ser assinado pelo pai, mãe ou pelo representante legal.

Especificamente o artigo 16, do capítulo IV¹¹ refere que no âmbito da consulta específica da IVG, um profissional de saúde presta todas as informações e os

¹¹ Cf. <http://dre.pt/pdf1s%5C2007%5C06%5C11801%5C00020011.pdf>

esclarecimentos necessários à mulher grávida ou ao ser representante legal, tendo em vista uma decisão livre, consciente e responsável, designadamente sobre:

- a) O tempo de gravidez
- b) O método de interrupção adequado ao caso concreto
- c) Eventuais consequências para a saúde física e psíquica da mulher;
- d) As condições de apoio que o estado pode dar à prossecução da gravidez e maternidade;
- e) A existência de um período obrigatório de reflexão;
- f) A disponibilidade de acompanhamento psicológico e por técnico de serviço social durante o período de reflexão
- g) Os métodos contraceptivos

Lugar da ética

A ética é uma categoria do pensamento humano; é uma consequência do ser humano estar dotado de uma capacidade que lhe é exclusiva e que é a de poder pensar reflexivamente. De entre as várias definições de ética que podemos encontrar selecionamos esta: “Qualidade da inteligência humana que permite que os seres humanos tomem decisões após ponderação de valores, chamados à autoconsciência e por ela apreciados” (Serrão, 2006).

Quando falamos em cuidados de saúde torna-se ainda mais necessário, para cuidar, perceber e aceitar o outro, na sua fragilidade, na sua vulnerabilidade, na sua diminuição física ou psíquica. Só o conseguiremos, com qualidade e eficácia, se existirem, no nosso espírito e na nossa ação, referências morais e éticas estáveis e confiáveis.

O enfermeiro presta cuidados de saúde na obrigação de respeitar os direitos humanos, na liberdade e dignidade da pessoa humana, abstendo-se de “impor critérios e valores no âmbito da consciência e filosofia de vida” (Decreto-Lei nº 104/ 98 de 21 de Abril. **Código deontológico do Enfermeiro**, Artigo 81º, alínea e)).

A ética de enfermagem surge como um guia da actividade do enfermeiro a favor do bem presumido do Outro (Lucília Nunes, 2004) uma vez que cada vez mais o enfermeiro se confronta com problemas éticos e com a conseqüente necessidade de tomar decisões complexas que exigem adequação aos princípios e valores em geral, e da profissão em particular.

Segundo o enfermeiro Sérgio Deodato, na sua tese de doutoramento: “*Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para agir*”, defendida em 2011, refere que, em todas as suas pesquisas não se encontra uma definição própria de problema ético de enfermagem, enquanto entidade conceptual própria. Verifica-se que existem, sim, diversos estudos que identificam problemas éticos nos cuidados de saúde e de enfermagem; digamos que situações de dificuldade de decisão (Sérgio Deodato, 2010).

Acrescenta ainda que no domínio específico dos cuidados de saúde primários, num estudo realizado em S. Paulo, em 2001 e 2002, identificaram-se problemas éticos a partir da percepção de enfermeiros e médicos, que foram agrupados em 3 categorias: “*problemas éticos nas relações com usuários e família*”; “*problemas éticos nas relações da equipe*” e “*problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde*”. Os problemas identificados relativos à relação com as pessoas clientes de cuidados, incluíam situações relacionadas com *a relação propriamente dita, com o projecto terapêutico, com a informação, e com a privacidade e confidencialidade* (Sérgio Deodato, 2010).

Num artigo, de uma revista brasileira, intitulado “*Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes*” (Taquette, 2005), as autoras apresenta-nos um estudo realizado com 74 profissionais e nove diferentes categorias (enfermeiros e médicos, em maior percentagem), classificando os conflitos em 8 categorias:

1. Conflito relacionado ao sigilo e à confidencialidade na consulta (20,4%);
2. Conflito relacionado à violência contra adolescentes; (17,2%);
3. Conflito relacionado a abandono e maus-tratos de adolescentes (15,6%);
4. Conflito relacionado à prática de actividades ilícitas (10,0%) (tráfico de droga, abortos, roubo);
5. Conflito relacionado à actividade sexual em menores de 15 anos (9,2%);
6. Conflito relacionado à autonomia da/o paciente adolescente (6,8%);

7. Conflito relacionado ao registo de informações confidenciais e sigilosas no prontuário (processo de saúde?), relatórios médicos, pedidos de exame, etc (2,8%)
8. Outros conflitos (18,0%), onde se enquadram os não classificados nas categorias anteriores: ética em pesquisa sobre sexualidade na adolescência, jovem explorado em trabalho insalubre, cliente agredindo o profissional, sedução sexual na relação médico-paciente, adolescente com doença crónica e incapacitante, paciente sem recursos para fazer tratamento de doença crónica, profissional de saúde impondo seus valores à conduta do seu cliente.

Que concluo? Primeiro que estas duas leituras não são suficientes para eu realizar uma reflexão como gostaria de fazer, ou seja, conhecer algo mais sobre os conflitos éticos da realidade portuguesa, de enfermagem do adolescente, seria o ideal...

Todos estes conflitos me fazem sentido, e direi, ainda bem que existem, ou existiram. Significa que decidir o que é melhor para a pessoa que procura a minha ajuda, não se baseia em algo universal, legislado, igual para todos, mas quer ser adequado, justo, respeitador.

Durante o tempo de estágio decorrido, na consulta de enfermagem, o *Sorri Jovem*, não me tenho confrontado com problemas éticos desta ordem. Será que é por só lá estar há cerca de mês? Será porque as intervenções de enfermagem observadas são tão assertivas e ponderadas (experiência profissional), que me fizeram crer não haver conflito ético? Ou não me tenho detido a investigar suficientemente esta dimensão das consultas?

A nível pessoal, porém, experimento alguns conflitos, ainda não totalmente resolvidos. Por exemplo: o que decido perante uma adolescente que vem à consulta pedir para fazer uma IVG? Para mim, quando é o começo da vida? Quero ser objectora de consciência? Na minha mente está claro que qualquer decisão deverá ter em conta:

- a) As evidências científicas, legislação do Diário da República, a deontologia profissional, orientações internas do UCC Algueirão- Mem Martins e do *Sorri Jovem*, os meus direitos e deveres de estagiária e a minha consciência pessoal (que inclui princípios morais, éticos e religiosos);

- b) Deverei assumir, caso seja necessário a necessidade de ser objectora de consciência;
- c) Num contexto de estágio, e de acordo com as orientadoras/ escola, e em condições que o permite, pedir apenas que não atenda determinadas situações

Assumo que a possibilidade deste estágio me tem trazido várias oportunidades de “formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica” e “Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas”, em que o eu pessoal, vocacional, profissional querem encontrar a sua unidade.

BIBLIOGRAFIA

- DIÁRIO DA REPÚBLICA - Decreto-Lei n.º 104/ 98 de 21 de Abril. **Código deontológico do Enfermeiro**. [Em linha] [Consult. 03 Nov.2012]. Disponível na Internet: <URL <http://dre.pt/pdf1s/1998/04/093A00/17391757.pdf>>
- DIÁRIO DA REPÚBLICA- Lei n.º 16/2007 de 17 de Abril. **Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez**. [Em linha] [Consult. 03 Nov.2013]. Disponível na Internet: <URL http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/Anexos%20Saude/lei_ivg_16_2007.pdf>
- DIÁRIO DA REPÚBLICA- Lei n.º 59/ 2007- **Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro**). [Em linha] [Consult. 04 Nov.2013]. Disponível na Internet: <URL <http://dre.pt/pdf1s/2007/09/17000/0618106258.pdf>>
- DIÁRIO DA REPÚBLICA- Lei n.º 12/2001- **Contraceção de emergência**[Em linha] [Consult. 02 Nov.2013]. Disponível na Internet: <URL http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/569613DD-5B29-4D17-8230-5EDB9A7B8726/0/lei12_2001.pdf>
- FERNANDES, Sérgio Joaquim Deodato- **Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para agir**. Tese para obtenção de grau de doutor em enfermagem.[Em linha]. Instituto Ciências da Saúde: UCP, Lisboa 2010. [Consult. 04 Nov. 2013]. Disponível na Internet: <URL <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/4984>>
- NEVES, Maria do Céu Patrão (Coord)- **Comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana**. Gráfica de Coimbra, 2ª Edição revista e aumentada, 2002.

- NUNES, Lucília- **Configurando a relação bioética e ética de enfermagem**, in revista Ordem dos Enfermeiros, nº 13, Julho de 2004, p. 9.
- PENHA, Ariéle R. B.- **O início da vida**. [Em linha] [Consult. 03 Nov. 2013]. Disponível na Internet: <URL <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2070/2154>>
- SAITO, Maria Ignez and LEAL, Marta Miranda. **Adolescence and emergency contraception**: Forum 2005. *Rev. paul. pediatr.* [Em linha]. 2007, vol.25, n.2 [cited 2013-10-28], pp. 180-186 . Disponível na Internet <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822007000200014>. ISSN 0103-0582
- SERRÃO, Daniel- **Ética, sofrimento e doença mental**. Comunicação apresentada na II Semana Aberta à Saúde Mental, Casa de Saúde de Câmara Pestana, 9-13 de Outubro de 2006). *Revista Hospitalidade*, Ano 71, nº 275, Janeiro- Março de 2007.
- TAQUETTE, Stella R. et al.- **Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes**. [Em linha]. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(6): 1717-1725, nov-dez 2005. [Consult. 04 Nov.2013]. Disponível na Internet: <URL <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n6/09.pdf>>

ANEXO I

Consentimento livre e esclarecido para a interrupção da gravidez

(previsto no artigo 4.º — a integrar o processo clínico)

Estabelecimento de saúde _____

Eu _____ com o processo clínico n.º _____, venho declarar, de acordo com o n.º 4 do artigo 142º do Código Penal, que fui devidamente informada e que estou esclarecida sobre as condições em que vai ser realizada, no meu caso, a interrupção da gravidez e os procedimentos e eventuais consequências para a minha saúde inerentes à sua realização. Assim:

- Confirmo que tive a possibilidade de colocar todas as questões que pretendia e que as explicações que me foram fornecidas foram suficientemente claras para permitir a minha livre decisão;
- Confirmo que estou esclarecida sobre as consequências da interrupção da gravidez e que tenho consciência da possibilidade de ocorrerem complicações e de vir a ser necessária a realização de actos diferentes daqueles inicialmente propostos;
- Autorizo, nas circunstâncias acima referidas, que sejam efectuados todos os actos médicos indicados.
- Confirmo que fui informada sobre a importância, para a minha saúde, de seguir as recomendações e prescrições médicas no período pré e pós interrupção da gravidez, assim como de comparecer nas consultas que me forem indicadas.
- Autorizo a utilização posterior dos meus dados pessoais relativos à interrupção da gravidez, para os efeitos previstos na lei.

A preencher nas situações de interrupção da gravidez por opção da mulher, nos termos da alínea e) do n.º 1 do artigo 142º do Código Penal.

- Confirmo que fui informada sobre as condições de apoio que o Estado pode dar à prossecução da gravidez e à maternidade;
- Confirmo que, mediante a minha solicitação, me foi dada a possibilidade de acompanhamento psicológico ou por assistente social, durante o período de reflexão, que não foi inferior a 3 dias;

Como me foi explicado, esta interrupção da gravidez:

- Constitui o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o meu corpo ou para a minha saúde física ou psíquica
- Está indicada para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o meu corpo ou para a minha saúde física ou psíquica e vai ser realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez

Pretendo a interrupção da minha gravidez e autorizo a utilização do seguinte procedimento:

- Cirúrgico com anestesia local
- Cirúrgico com anestesia geral
- Medicamentoso
- Medicamentoso seguido de cirúrgico

Anexo 10- Dia Mundial da Saúde Mental

CELEBRAÇÃO DO DIA MUNDIAL DA SAÚDE MENTAL

Comemora-se, como tendo sido habitual a 10 de Outubro, o Dia Mundial da Saúde Mental.

Na mensagem da Ordem dos Enfermeiros, na palavra do Enf^o Joaquim Lopes, este dia defende a valorização da Saúde Mental, criando uma paridade entre esta e a saúde física, nas prioridades das opções governativas dos Estados Alerta, igualmente, para as necessidades específicas das pessoas portadoras de doenças mentais.

Para este ano, a *World Federation for Mental Health* (WFMH), escolheu o tema “**A Saúde Mental e Idosos**”. A Federação chama a atenção para a importância do bem-estar mental no envelhecimento, para as múltiplas necessidades de cuidados de pessoas idosas que desenvolveram quadros demenciais e seus cuidadores informais, assim como para a organização multiprofissional e multidisciplinar dos serviços de saúde e sociais respectivos.

A título de curiosidade, algumas coisas que se foram fazendo pelo país:

- Acções de sensibilização sobre o tema;
- Programa cultural de divulgação nacional do património de pintura, escultura e fotografia, produzido por utentes de serviços de saúde mental;
- Seminário de Reabilitação psicossocial em saúde Mental;
- Lançamento de um *Manual de Treino de Cognição e Interação Social para pessoas com Sintomas psicóticos*¹²;
- Workshop de reflexão sobre formas de reestruturação dos serviços com vista à adopção de um modelo de recuperação e de empoderamento que permita uma maior autonomização de pessoas com experiência de doença mental;
- Seminário “Os desafios da Saúde Mental para futuros Médicos”
- Encontro no Porto, organizado SPPSM, de *Promoção da Saúde Mental em Jovens. Desafios actuais e caminhos futuros*, organizado pelo projecto “Abrir espaço à Saúde Mental, com o seguinte programa:
 - Promoção da saúde mental em Jovens. Desafios actuais e perspectivas futuras;
 - Literacia em saúde Mental nos jovens;
 - Importância do combate ao estigma;
 - Literacia em Saúde Mental nos jovens portugueses;

¹² <http://www.porto.ucp.pt/pt/Comemoracoes-do-Dia-Mundial-da-Saude-Mental#sthash.oGiKQ9Jm.dpuf>

- O papel da Internet na abordagem aos jovens;
- Promoção da Saúde Mental em jovens em risco;
- Avaliação da psicopatologia em crianças e adolescentes com a bateria ASEBA

Esta última actividade vai mais de encontro ao meu interesse actual, foi pena não ter podido participar neste Encontro. Tentarei ainda fazer pesquisas sobre os temas em causa.

Pensar em algo comemorativo para o dia 10, no contexto de estágio, que não requeresse muito tempo, programou-se o seguinte:

Plano de sessão: “ Celebração do Dia Mundial da Saúde Mental”

Data: 10 de Outubro 2013

Hora: 9.00- 10.00: distribuição do panfleto a toda a equipa do Centro de Saúde.

Disponibilidade para as consultas de enfermagem desde as 12.00 às 15.00

Tema: Promover a Saúde Mental

Local: Centro de Saúde Mem Martins

Tempo previsto: 4 horas

Recursos necessários: 3 enfermeiras e panfletos

Elaboração do panfleto: salvaguardar linguagem simples, atractiva e positiva

Objectivo Geral: Dar a conhecer ou Relembrar a celebração do Dia Mundial da Saúde Mental.
Promover a Saúde Mental.

Objectivos Específicos:

- Marcar o dia com um encontro alegre de enfermeiros da equipa de enfermagem de Saúde Mental com a restante equipa,
- Proporcionar informação sobre a promoção da Saúde mental;
- Oferecer um espaço de escuta e relação de ajuda imediata e confidencial a quem quiser

Avaliação a actividade:

A actividade realizou-se juntamente com a enfermeira Benvinda. Logo de manhã começamos a saudar os colegas de trabalho do Centro de Saúde e a distribuir os panfletos. De entre as reacções destacam-se algumas:

- “ Não tenho tempo”, nem aceitou o panfleto, nem deu oportunidade de nos explicarmos!
- “O que é isto?”, com disponibilidade para escutar, ler e responder: “Bem precisamos disso. Com o que estamos a viver não fazemos nada disso” (os conselhos do panfleto);

- “Sim vou lá” (ao *Sorri Jovem*) só para conversarmos sobre isto: *Seja adolescente por um dia*;
- Houve alguém que aproveitou para falar/ desabafar/ resmungar: “Estou alarmada com a educação na família, na escola (...) aproveitem a vossa consulta para os pôr na linha (...)!”

Apenas uma pessoa se dirigiu à consulta. Razões? Falta de tempo, medo, desconfiança...

As pessoas ficaram com os conselhos, foi lembrado o que está ao nosso alcance para promover a Saúde Mental.

No *Sorri Jovem* decidimos prolongar no tempo, a celebração do Dia, com organização de um placard, onde os jovens podem escrever o que é para eles a saúde mental.

Entretanto à tarde, enquanto os jovens estavam à espera da consulta, fiz a experiência de os convidar a responder a 2 perguntas, por escrito e de forma anónima:

1. O que é, para ti, ter uma boa saúde mental?
2. Quais as razões para uma pessoa procurar uma consulta de psiquiatria?

As respostas foram as seguintes, respectivamente:

- ❖ Uma boa saúde mental é ter uma mente tranquila, sem lesões ou outras anomalias;
- ❖ É estar bem consigo própria e não ter problemas;
- ❖ É o bem-estar psicológico de uma pessoa;
- ❖ É ter um bom equilíbrio mental;
- ❖ É ter uma boa concentração, uma pessoa equilibrada e saber raciocinar bem;

Quais as razões para uma pessoa procurar uma consulta de psiquiatria?

- ❖ Porque se sentem desequilibradas, tristes, ansiosas e por vezes com vontade de tirar a própria vida;
- ❖ Descontrole psicológico, traumas, são boas razões para procurar um psiquiatra. A depressão é um motivo, doenças como bipolaridade, esquizofrenia, entre outros transtornos psicológicos são boas razões para procurar um psiquiatra;
- ❖ Problemas de cabeça e mentais;
- ❖ A pessoa começa a ter comportamentos diferentes do normal;
- ❖ Ter problemas dos quais tem que falar com alguém profissional e que o pode mesmo ajudar;
- ❖ Quando se sente perturbado com algo.

O Centro de Atendimento ao Jovem

“SORRI JOVEM”

Celebra o **Dia 10 Outubro**

Dia Mundial da Saúde Mental

Promovendo a iniciativa:

Seja adolescente por um dia

Oferecemos:

Consulta de enfermagem

Anónima, Imediata, Confidencial e Gratuita



Sinta-se escutado sem ser julgado
Apareça HOJE!!!! Esperamos por si...
UCC Cruzeiro 2013

Promova a sua Saúde Mental

- ✚ Aceite-se como é, veja-se como uma pessoa de valor, fomentando a auto-estima. Perceba as suas limitações;
- ✚ Viva uma vida afectiva satisfatória, privilegiado momentos de convívio com amigos e familiares;
- ✚ Organize-se melhor. Saiba dizer não. Guarde tempo para si.
- ✚ Tente andar a pé, diariamente. Além de fazer exercício, pode refletir, avaliar, programar, apreciar a natureza, ouvir música ou, simplesmente, relaxar.
- ✚ Potencie hábitos de vida saudável. Faça exercício físico. Evite o consumo de substâncias que possam causar dependências;
- ✚ Peça ajuda quando se sentir confuso, angustiado, desanimado. Todos temos momentos difíceis na vida;
- ✚ Mantenha-se jovem. Sorria!!!!



Folheto elaborado no âmbito do Estágio de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Enf^a Margarida Morais – Universidade Católica Portuguesa

Anexo 11- Sessão de Formação: “Atendimento: assertividade e gestão de conflitos”

TEMA: ATENDIMENTO: ASSERTIVIDADE E GESTÃO DE CONFLITOS

- **Destinatários-** Funcionários Administrativos do CS Algueirão- Mem Martins
- **Data:** dias 28 e 29 de Novembro de 2013, das **14.30 h às 15.05 h**, em 2 grupos, divididos respetivamente
- **Fundamentação-** 1º Grupo de funcionários do CS- **Rosto do Centro-** a atender os clientes do CS e grupo alvo da expressão de comportamentos conflituosos, da parte dos clientes do CS
- **Objetivo geral-** Recordar as exigências de um atendimento de qualidade ao público
- **Objetivos específicos**
 - **Que o formando seja capaz de:**
 - Identificar as necessidades diversas dos clientes do CS;
 - Identificar os grupos com limitações específicas como falta audição, de visão, analfabetismo, desorientação, falta de apoio familiar;
 - Responder com eficácia às várias necessidades;
 - Utilizar a comunicação assertiva percebendo os seus ganhos: para os outros e para si mesmos;
 - Utilizar estratégias de comunicação perante comportamentos conflituosos
- **Metodologia/ modalidade de formação-** ativo e expositivo
- **Tempo de duração-** 30 minutos
- **Resultados:** perceber a importância qualidade dos serviços administrativos na procura da saúde global
- **Formadora:** Enfª Margarida Morais, aluna da especialidade do Curso de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

	OBJECTIVO	CONTEÚDO	MÉTODO/ TÉCNICA	TEMPO
INTRODUÇÃO	Criação de uma ambiente descontraído e motivador	Apresentação pessoal Acolhimento dos formandos Apresentação do tema: “ Atendimento: assertividade e gestão de conflitos”	Informação oral, presencial. linguagem convidativa	5 minutos
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as necessidades diversas dos clientes do CS; - Identificar os grupos com - limitações específicas como falta audição, de visão, analfabetismo, desorientação, falta de apoio familiar; - Responder com eficácia às várias necessidades; - Utilizar a comunicação assertiva percebendo os seus ganhos: para os outros e para si mesmos; - Utilizar estratégias de comunicação perante comportamentos conflituosos 	Tópicos: <ul style="list-style-type: none"> - Porquê este tema - O cliente do CS- diversidade - O cliente do CS. Situações de maior atenção <ul style="list-style-type: none"> • O idoso; • Pessoas com dificuldade de entendimento • Pessoas com alterações de comportamento: assertividade - Assertividade- definição. - Estratégias de comunicação assertiva 	Partilha de sentimentos/ pensamentos Apresentação de conteúdos	15 minutos
FINALIZAÇÃO	Conclusão sistematizada	Fornecimento de uma pequeno desdobrável com técnicas de comunicação assertiva	Apresentação de conteúdos	10 minutos

Atendimento: Assertividade e gestão de conflitos

UCSAlgueirão- Mem Martins

29 de Novembro 2013

Diapositivo 1:

UCSP

Algueirão- Mem Martins

29 de Novembro 2013

Atendimento:

Assertividade e gestão de conflitos

Diapositivo 2:

Porquê este tema

- Objetivo geral- Recordar as exigências de um atendimento de qualidade ao público

- Objetivos específicos-Que o formando seja capaz de:
 - ❖ Identificar as necessidades diversas dos clientes do CS;
 - ❖ Identificar os grupos com limitações específicas como falta audição, de visão, analfabetismo, desorientação, falta de apoio familiar;
 - ❖ Responder com eficácia às várias necessidades;
 - ❖ Utilizar a comunicação assertiva percebendo os seus ganhos: para os outros e para si mesmos;
 - ❖ Utilizar estratégias de comunicação perante comportamentos conflituosos

Diapositivo 3:

Serviços administrativos

- 1º Grupo de funcionários do CS a atender os clientes
- São o rosto da Instituição

Diapositivo 4

O contexto do CS

- É um serviço de saúde de atendimento ao público com deveres e direitos...
- Com pedido de necessidades variado, às vezes complexo...
- Onde existem confronto de opiniões...
- É natural haver expressão de sentimentos...
- ...

Diapositivo 5

Os nossos clientes:

- São diferenciados: Sem saúde / Com saúde
 - + Jovens e Idosos
 - + 1ª vez que estão no CS ou muitas vezes
 - + Conhecem as funções da Instituição ou não conhecem
 - + Conhecem as funções de um Administrativo ou não conhecem
 - + Pessoas com recursos económico- sociais ou sem / poucos recursos
 - + De vários meios culturais
 - + Com disponibilidade de tempo ou com tempo controlado;
 - + etc, etc
- Estão numa situação de vulnerabilidade, pois necessitam de algo.

Diapositivo 6

Algumas situações de maior atenção

1. Idosos

- Maior probabilidade de problemas de saúde múltiplos...
- Ouvem ou vêem mal...
- Esquecem-se com mais facilidade...
- Podem estar a viver dificuldades económicas...
- Não sabem como resolver determinados problemas...
- Vivem a solidão...

2. Pessoas com dificuldades de entendimento

- Pessoas com diminuição da acuidade auditiva...
- Quando o português não é a língua materna...

- Quando não se sabe ler ou escrever...
 - Quando existem dificuldades com a percepção dos nomes...
 - Outras...
3. Pessoas com alterações de comportamento : agressividade

Diapositivo 7

Algumas situações de maior atenção- pessoas com agressividade

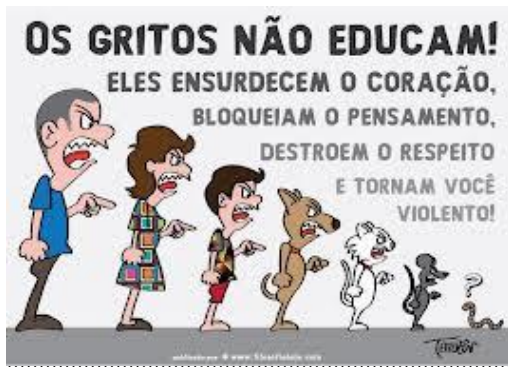
- Causas da Agressividade:
- POR PUNIÇÃO- no passado foram repetidamente punidas;
- REFORÇO- foram recompensadas no comportamento agressivo;
- MODELAGEM- quando aprenderam com os outros fazer assim;
- FALTA DE OPORTUNIDADE- confrontadas com uma situação nova, não sabem como responder (e adicionalmente sente-se desconfortáveis por causa desta falta de conhecimento)
- PADRÕES CULTURAIS E CRENÇAS PESSOAIS - Às vezes, por questões culturais, as coisas têm significados diferentes. Por ex: “ É falta de educação recusar um pedido”
- INCERTEZA RELATIVAMENTE AOS PRÓPRIOS DIREITOS- quando não conhece os seus direitos e limites

Diapositivo 8

O que isto significa para mim, funcionário/a administrativo/a

1. Não sou obrigado/a aprovar o seu comportamento, nem devo, pois não facilita o entendimento
- 2.
3. MAS
4. Posso compreendê-lo e saber lidar com ele, agindo de maneira diferente

Diapositivo 9



Diapositivo 10

Assertividade- agir de maneira diferente

- Assertividade vem da palavra assertus (verbo em latim) que significa afirmar, defender
- Afirmo algo, defendendo as minhas ideias, pensamentos, a partir de mim mesmo, sem necessidade de “atacar” aquele que me está a agredir.
- A assertividade é uma escolha. Que vantagens?

Diapositivo 11

Vantagens da pessoa assertiva:

- A pessoa assertiva percebe que os seus comportamentos assertivos geram entendimento, resolvem situações, há mudanças;
- Fá-las sentirem-se bem;
- A sua saúde agradece (questões de ansiedade, irritabilidade, insónia, tensão arterial)

*” Se vamos ter rugas ...
que seja de tanto sorrir ”*

Diapositivo 12

Exige controle?

- Sim. Quero e preciso controlar os meus sentimentos, como o de raiva, medo, sentimento de injustiça, ou de impotência;
- Decido responder de forma a não aumentar a agressividade do outro;
- Treina-se e cada vez é-se melhor!

Diapositivo 13

Treina-se a:

- **SER CLARO, CONCISO E ESPECÍFICO**
- É importante ser claro naquilo que se quer dizer, de uma forma o mais direta possível;
- Não pressupor que a outra pessoa já sabe o que se quer- ela não sabe ler o nosso pensamento;
- Se uma resposta clara não for obtida, a repetição é adequada.
- Ex: Sr. C. combinámos ontem que me trazia hoje o seu cartão de utente. Não o trouxe. Não posso dar seguimento ao seu pedido se não o trouxer. Como quer fazer?

Diapositivo 14

Treina-se a:

USAR FRASES NA PRIMEIRA PESSOA

- Partir sempre do que sinto em relação ao comportamento do outro
- Ajuda a acalmar o outro se disser:
- “Não compreendo o que diz”, em vez de:
- “O senhor é confuso”
- “O que me disse deixa-me preocupada, porque insiste no mesmo assunto”, do que dizer
- “O Senhor é teimoso”

Diapositivo 15

Treina-se a:

- **EMPATIZAR**

- Cria-se ao fazer perceber que se está a dar atenção à situação, às dificuldades, sentimentos dos outros. A pessoa sente-se escutada, e isto constrói a compreensão
- Ex: “Pode dizer-me porque está a reagir assim?”
 - “Porque ninguém dá uma explicação para esta espera.”
 - “Ainda não o podemos fazer. Compreendo que a sua espera lhe esteja a causar dificuldades, mas estamos à espera de um telefonema...Pedimos desculpa pela situação.”

Diapositivo 16

Treina-se a:

- RESPEITAR OS OUTROS

- O outro tem direito a uma explicação quando o contexto à sua volta muda, sem ele perceber porquê

- Se ele está a desrespeitar-me, eu sou chamada a expressar quem me sinto ofendido/a...
- Devo manter o meu respeito pelos outros
- Uso de verbos como: *gostaria, quero, penso, sinto, acho, não gosto, o que pensa, como poderemos resolver isto? Concorda? Compreendo, obrigada*

Diapositivo 17

Treina-se a:

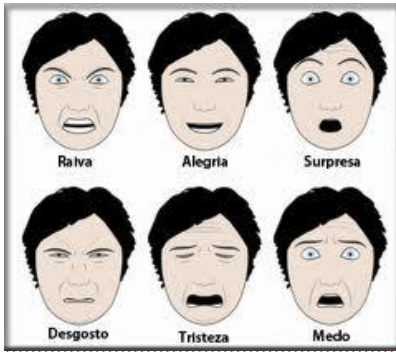
PEDIR MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

- Pedir à outra pessoa que mude o seu comportamento. As críticas destrutivas não ajudam

“ Por favor, peço que falem mais baixo, pois não consigo ouvir o que as pessoas dizem”

Diapositivo 18

- Cerca de 70% daquilo que o outro percebe da mensagem é fornecido pela linguagem não verbal. Esta deve ser concordante com o conteúdo da mensagem. Inclui aspetos como:



Diapositivo 19

<u>Espaço pessoal</u>	<u>Não deve ser de muito longe. Sentarem-se as 2 pessoas pode ajudar</u>
<u>Postura corporal</u>	<u>Atenta</u>
<u>Gestos</u>	<u>Educados</u>
<u>Expressão facial</u>	<u>Concordante com o que se está a dizer</u>
<u>Contacto visual</u>	<u>Direto, mas não excessivo</u>
<u>Utilização da voz</u>	<u>5. Nem alta, nem baixa</u>

Diapositivo 20

A assertividade não garante a não ocorrência de conflitos entre pessoas; o que acontece é, que se as 2 em desacordo comunicam de forma assertiva, é mais provável que reconheçam que existe um desacordo e tentem chegar a um compromisso ou, simplesmente, decidam manter a sua posição respeitando a do outro.

Diapositivo 21

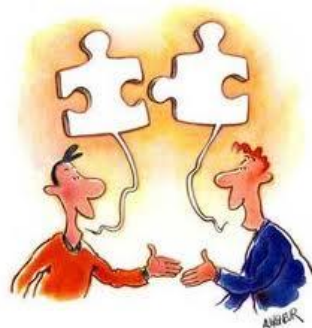
Bibliografia

- **TOWNSEND, Mary (trad. por Sílvia Costa Rodrigues)- Treino da assertividade. Cap 15. p. 237-246. *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de Cuidado na Prática baseada na Evidência*. Loures: Lusociência, 2011. 6ª Edição. ISBN: 978-972-8930-61-5.**
- **GALASSI, M.D. ; GALASSI, J.P. - Assert yourself. Human Sciences Press- Traduzido por Catarina Dias e Guiomar Gabriel. Gapsi- Faculdade de ciências da Universidade de Lisboa- Assertividade: o que é, por que é útil e como se aprende? Disponível em <http://www.fc.ul.pt/sites/default/files/fcul/institucional/gapsi/Assertividade.p>**

df

ASSERTIVIDADE E GESTÃO DE CONFLITOS

- ❖ **SER CLARO, CONCISO E ESPECÍFICO**- Não pressupor que a outra pessoa já sabe o que se quer. Se uma resposta clara não for obtida, a repetição é adequada
- ❖ **USAR FRASES NA PRIMEIRA PESSOA**- Partir sempre do que sinto em relação ao comportamento do outro
- ❖ **ESTABELECER UMA RELAÇÃO EMPÁTICA**, de forma à pessoa se sentir escutada
- ❖ **RESPEITAR OS OUTROS**, nos seus sentimentos, dificuldades, medos ou limitações, ou diferenças culturais
- ❖ **PEDIR MUDANÇA DE COMPORTAMENTO**- usar verbos como *gostaria, quero, penso, sinto, acho, não gosto, o que pensa, como poderemos resolver isto? Concordas? Compreendo, obrigada*



Folha de Avaliação do Formando

Avaliação da acção de formação

Tema: Atendimento: assertividade e gestão de conflitos

Formador: Enfermeira Margarida Tavares Morais (aluna do curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica)

A sua opinião é importante, agradeço desde já a colaboração no preenchimento do questionário para que possa melhorar.

- Utilização de uma escala de avaliação de 1 a 4, sendo:
 - 1 – nada
 - 2 – pouco
 - 3 – muito
 - 4 – muitíssimo
- Marcação com um (X) no quadrado pretendido
- Utilização do espaço “observações” para informações complementares (sugestões/ críticas)

• Desenvolvimento da formação

	1	2	3	4
Os objectivos desta sessão foram cumpridos?				
O conteúdo da acção foi importante para o seu desempenho profissional?				
A metodologia foi adequada?				
A forma de exposição permitiu uma melhor compreensão?				
A duração da acção foi adequada?				

• Intervenção do Formador

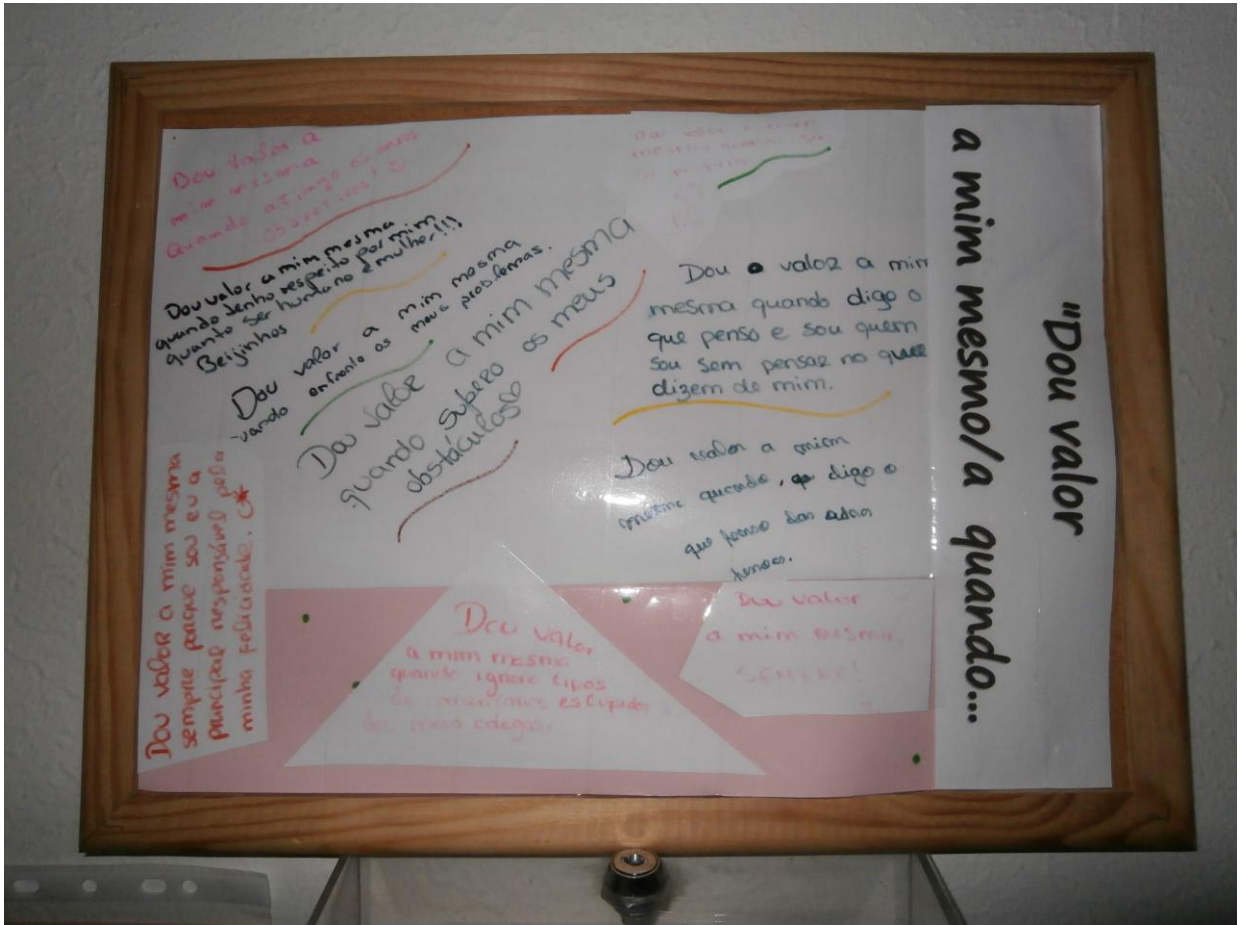
	1	2	3	4
Desenvolveu o tema com clareza?				
A linguagem utilizada foi acessível?				
Notou-se empenho em conseguir exprimir bem as ideias?				
O método utilizado motivou a participação activa?				
O formador conseguiu um bom relacionamento com o grupo?				
O formador gerou confiança entre o grupo?				

• Observações

Anexo 12- Impressos do *Sorri Jovem*

Anexo 13- Espaços Psico-educativos do *Sorri Jovem*





Dá valor a mim mesma quando tenho respeito por mim. Beijinhos

Dá valor a mim mesma quando subre os meus obstáculos

Dá valor a mim mesma quando ignora tipos de problemas estúpidos de mais colegas

Dá valor a mim mesma quando subre os meus obstáculos

Dá valor a mim mesma quando subre os meus obstáculos

Dá valor a mim mesma quando subre os meus obstáculos

Dá valor a mim mesma quando subre os meus obstáculos

Dá valor a mim mesma quando subre os meus obstáculos

Dá valor a mim mesmo/a quando...

Anexo 14- Projecto das competências pessoais

PROJECTO DE FRASES SOBRE COMPETÊNCIAS PESSOAIS

Disposição num bule atractivo, frases sobre competências pessoais, para serem retiradas pelos/ as adolescentes e comentadas na consulta de enfermagem. (ver anexo).

Será implementado dia 4 de Novembro.

FUNDAMENTAÇÃO

A promoção de estilos de vida saudáveis, a identificação de comportamentos de risco e a optimização dos recursos pessoais de cada jovem (através da participação na sua própria saúde e da responsabilização pelas suas escolhas) constituem-se como objectivos gerais do atendimento na CAJ.

A promoção de competências pessoais e sociais, pedem um autoconhecimento e aceitação pessoal, componentes importantes para crescer de forma saudável e feliz ¹³. Além disso capacitam as crianças e adolescentes para identificar e resolver problemas, gerir conflitos interpessoais, otimizar a sua comunicação interpessoal, defender os seus direitos, resistir à pressão dos pares, etc.

OBJECTIVO GERAL

Promover a saúde mental e o crescimento saudável

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Reflectir sobre competências pessoais como o conhecimento de si mesmo (qualidades, talentos, defeitos, limitações, capacidades), autoconfiança; responsabilidade, decisão responsável, auto-estima, expressão de sentimentos, resiliência,

Promover a expressão de pensamentos e sentimentos

METODOLOGIA

O contacto do adolescente com o pensamento realizar-se-á a partir de uma frase escrita, que se espera ser lida antes da consulta de enfermagem, dando-lhe tempo para refletir na mesma.

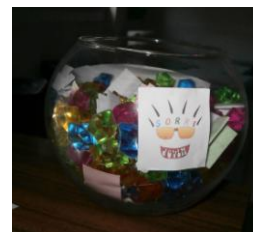
Na consulta, a enfermeira escolherá a altura pertinente para lhe perguntar o que significou para ele a mensagem e se quer partilhar com a enfermeira.

AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE

¹³ GASPAR, Tania; MATOS, Margarida Gaspar de; RIBEIRO, José Luís Pais e LEAL, Isabel- **Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes**. *Rev. bras. ter. cogn.* [online]. 2006, vol.2, n.2 [citado 2013-10-23], pp. 47-60 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000200005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1808-5687.

A avaliação do ganho em saúde, no adolescente, resultante da reflexão, será realizado pela enfermeira, a partir da observação e análise, relativamente aos conteúdos da partilha da frase do jovem.

FRASES SOBRE COMPETÊNCIAS PESSOAIS



Conheço as minhas capacidades e potencialidades, assim como as minhas limitações; aceito-as e valorizo-as, percebendo que cada um de nós é diferente.

Confio em mim mesmo/a, tenho, portanto, uma força positiva que me faz enfrentar o meu dia, que às, vezes, é diferente daquilo que espero.

A autoconfiança faz-me descobrir novas possibilidades e dá-me coragem para percorrer caminhos desconhecidos.

Assumo as responsabilidades das minhas decisões e reflito nas consequências das minhas atitudes. Estou mais preparado/a para não procurar o culpado, mas a solução para o problema.

Gosto de ser quem sou. Conheço as minhas qualidades e defeitos. Isto ajuda-me e favorece-me a ter relações sociais saudáveis, sem conflitos e a aceitar as diferenças.

Não tenho receio de expressar os meus sentimentos, pois ao dar a conhecer o que penso e sinto, ajudo o outro a entender-me.

Gosto de pensar, decidir e actuar de acordo com as minhas crenças, valores e convicções, estando aberto/a ao que posso aprender dos outros/as e do mundo.

Reconheço os meus dons e talentos que me aumentam a capacidade de me relacionar, de ser criativo/a e perseverante.

Tenho objetivos na vida e luto para os atingir. Os acontecimentos frustrantes poderão ser provas para mim, para reformular esses objetivos.

Aceito as coisas como são e não como gostaria que fossem. Perante a adversidade, sou capaz de ser flexível nas minhas crenças e adequar os meus desejos, tentando sempre, não cair na desistência.

Anexo 15- Consultas de enfermagem



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Curso de Mestrado em Enfermagem
de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria**

Consultas de enfermagem



**Trabalho no âmbito do ensino Clínico, módulo I:
Promoção de estilos de vida saudáveis,
diagnóstico e prevenção na Comunidade**

Margarida Tavares Morais, aluna nº 192012013

As 14 entrevistas de enfermagem que se seguem forma escolhidas, entre as que se realizaram no período de estágio, segundo o critério de escolha, *da diversidade de diagnósticos de enfermagem*, critério esse que passarei a indicar no início de cada consulta. Inicialmente tinha sido pensado a recolha de 10 consultas de 1ª vez e 10 consultas de seguimento, mas constatando que se poderia enriquecer a mesma diversidade, com consultas realizadas anteriormente, mesmo que acompanhadas pela enfermeira, foi decidido incluí-las.

Como **objectivos** destas consultas foi definido:

- Identificar o motivo expresso e oculto da consulta de enfermagem;
- Promover a *relação terapêutica*, em adaptação às necessidades/ pedidos dos jovens
- Promover Educação para a saúde sobre estilos de vida saudável: namoro e sexualidade responsável; alimentação equilibrada...
- Contactar com a reserva, vergonha, medo, preocupação, ignorância do jovem, criando um clima de confiança e *de relação de ajuda*;
- Gerir os *meus medos, dúvidas, preconceitos, valores*, de forma a que não interfiram na relação terapêutica;
- Identificar a pessoa significativa (outro jovem, familiar, numa perspectiva sistémica de ajuda);
- Identificar a existência de conflitos geracionais, de pares, professores, dificuldades de aprendizagem;
- Detetar necessidade de intervenção terapêutica familiar / entrevistas ao familiar ou pessoa significativa;
- Promover a saúde numa perspectiva integral: *prestação de cuidados* numa perspectiva preventiva de intervenção precoce nas áreas de crescimento e desenvolvimento bio-psico-social.

Nas consultas de seguimento:

- Gerir a informação dos registos de enfermagem anteriores, de forma a realizar a consulta de enfermagem numa continuidade de relação de ajuda;
- Identificar perguntas ou respostas não conseguidas na última consulta; mantendo sempre uma adequada postura de respeito e empatia;
- Identificar necessidades de consulta de vigilância ginecológica, e informar o adolescente dessa necessidade de saúde;
- Identificar dificuldades de utilização segura da contraceção e /ou comportamentos de risco de transmissão de DST's e promover educação para a saúde

- Identificar necessidades de educação para a saúde, de forma a planear sessões em grupo
- Identificar os sistemas ou redes de apoio existentes, para encaminhamento adequado
- Verificar cumprimento do calendário de vacinas.

Foi elaborado também um quadro orientador das entrevistas (anexo) cujo objectivo era ajudar a memorizar e a orientar a entrevista de forma a recolher o maior número n^o de informações que ajudassem a elaborar, por um lado, diagnósticos e intervenções de enfermagem adequados à realidade, e por outro a realizar durante e após entrevista uma auto-avaliação; e quando possível uma co-avaliação com a orientadora de estágio. Os diagnósticos de enfermagem são levantados utilizando a linguagem da NANDA, segundo a Taxonomia II, publicada em 2001, com os 13 domínios, 46 classes e 194¹⁴ diagnósticos de enfermagem:

1. Promoção da saúde;
2. Nutrição;
3. Eliminação e troca;
4. Actividade/ repouso;
5. Percepção/ Cognição;
6. Auto-percepção;
7. Papéis e relacionamentos;
8. Sexualidade;
9. Coping/ Tolerância ao stress;
10. Princípios da Vida;
11. Segurança/ protecção;
12. Conforto;
13. Crescimento/ desenvolvimento

Ressalta-se o facto de não existir prática na aplicação desta classificação, sobretudo em diagnósticos de enfermagem no âmbito da prevenção e promoção da saúde mental.

(As consultas que se seguem, surgem no âmbito da observação, decidindo manterem-se por poderem ser úteis, na reflexão)

¹⁴ O número de classes e de diagnósticos de enfermagem é diferente do apresentado no artigo: **A taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)**, de Cristiane Braga e Dina Cruz. In Revista Latino-americana de enfermagem. Vol. 11, n^o 2 Ribeirão Preto, Mar./ Apr. 2003. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000200016&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000200016>. Neste artigo são apresentados 13 domínios, 106 classes e 155 diagnósticos.

Observação da 1ª semana

As primeiras consultas

Percebo que a maior parte das consultas são sobre a contraceção oral e a de emergência. Um mundo novo para mim que exige distanciamento crítico, reflexão sobre os meus valores e convicções, dúvidas que se colocam e necessidade de adquirir conhecimento.

1- Uma Interrupção voluntária de gravidez

Uma jovem, com 20 anos, surge na consulta, não pela primeira vez. (passarei a chamá-la com o nome irreal de Vanessa). Dias atrás tinha procurado o *Sorriso Jovem* (nota: a partir de hoje, dado que usarei bastantes vezes esta palavra, direi SJ) preocupada se estaria grávida. Nestas situações a enfermeira, com uma atitude acolhedora e não de julgamento apura com a jovem, na medida do possível, pedindo-lhe informações, com quantas semanas poderá estar o feto, uma vez, que segundo a lei nº 16/ 2007, 17 de Abril¹⁵, só poderá realizar a interrupção da gravidez se se encontrar com 10 semanas. A jovem vai a uma consulta médica, no espaço do atendimento aos adolescentes- SJ e é pedido um teste de gravidez. No caso da Vanessa o teste deu positivo. A médica teria-a encaminhado para o Hospital de Cascais para uma consulta IVG, com marcação para hoje, de tarde. Procura a consulta do SJ para obter a contraceção oral, tal como é indicado nesta mesma consulta de IVG. Trás com ela análises clínicas, que a Enfermeira Benvinda necessita analisar, com maior detalhe com a Enfª Paula e deixa-me a mim e à Vanessa sozinhas e diz à jovem:

“ Vanessa se tiver alguma dúvida, pode colocá-la à enfª Margarida”. Vanessa diz: “ Está bem”.

Surgem na minha mente imensas coisas: esta é uma situação que tenho de saber gerir: a jovem é tímida, nunca me viu, está ansiosa e preocupada com o que se vai passar hoje à tarde; já lhe foi dito que teria apoio psicológico no Hospital de Cascais. Bem, surge silêncio que ocupo com o meu sorriso e disponibilidade para escutar ou acolher alguma lágrima que possa surgir. Vanessa baixa os olhos e não diz nada. Eu pergunto:

“Tem namorado?” “ Não”, responde.

“ Os pais sabem do que se passa?” “ Não”

“Está a viver isto sozinha?” “ Uma prima minha sabe”.

“ Daqui para a frente vai ser diferente, não?” Ela abana afirmativamente com a cabeça e diz: “ Pois”.

Não me sentia à vontade, e, penso que nem a jovem. Resolvi fixar-me mais um tempo no caderno que tinha entre mãos, sem dizer nada e, custou-me este silêncio.

¹⁵ Cf *Diário da República, 1.ª série—N.º 75—17 de Abril de 2007*
(http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/Anexos%20Saude/lei_ivg_16_2007.pdf)

Entretanto entra a Enfª Benvinda, sinto um certo alívio. Fáz-lhe, as mesmas perguntas, tentando só confirmar com a Vanessa se a prima a iria acompanhar à IVG, a que responde, provavelmente que sim.

No final da consulta a Enfª Benvinda e eu conversámos sobre a Vanessa e a minha postura, se teria sido correcta ou não. Não senti reprovação da minha postura e reforçou mais uma vez sobre a necessidade de fazermos estas avaliações neste tempo privilegiado de estágio.

2- Uma jovem que realizou a IVG

Esta foi a minha primeira consulta. Depois de a enfermeira Benvinda lhe perguntar se tudo correu bem, ela diz que sim, que teve o apoio dos pais, tanto dela como do namorado. Agora “ Só quero esquecer e recalcar”.

Fiquei, algo, impressionada. Que significados terão as IVG's para as adolescentes? Aliás, que significará para elas a vida sexual e afectiva? O que é namorar? Parece que quero confirmar que as IVG's são sempre algo traumatizante, porém há jovens, nestas consultas da 1ª semana, que já fizeram uma ou duas, e surgem nas consultas com a mesma situação: “ Estou com medo de estar grávida”. O que é que é preciso fazer a nível de saúde mental, e agora concretamente, neste espaço de Cuidados de Saúde Primários?

3- Uma mãe adolescente

Uma jovem com 19 anos, um pouco imatura, que avançou com a gravidez porque fez uma leitura errada do teste, que foi levantar ao laboratório e não apresentou aos profissionais. Pensava que era negativo, mas quando começou a perceber “que a barriga crescia”, e o corpo estava diferente, procurou ajuda, mas em condições que já não lhe permitiam a IVG, como desejava. Hoje aparece na consulta a acompanhar uma amiga (isto é muito frequente no SJ, irem aos parem ou três ao mesmo tempo, para se encorajarem mutuamente a expor a suas preocupações), não se escreveu para consulta embora devesse fazê-lo, como viemos a perceber mais tarde. Trás a filha com ela, já com 8 meses, saudável, Nasceu com 2, 800 Kg. Agora o que me chamou à atenção nesta jovem foi o seu pedido à enfermeira: se não lhe podia indicar umas vitaminas para engordar, pois não conseguia fazê-lo, não gosta de sopa, legumes, fruta, levanta-se às 12 horas, come cereais e já não almoça. Gosta imenso de coca-cola, que ao perceber que não afectava a bebé, toma com frequência. E mais: por causa de amamentar a bebé é que não engorda e não pode tomar as vitaminas (claro que percebemos que o interesse da sua médica de família, que a jovem diz, estar a acompanhá-la, quer é que ela se alimente convenientemente). A consulta desenrolou-se toda à volta de uma alimentação saudável. Novas questões na minha mente: o significado da gravidez na adolescência. È um

mundo novo que não conheço de perto. Preciso ler sobre este assunto, mas percebo que não estou confortável. É bom saber o que fazer, o que dizer, estar segura, mas estas questões são delicadas e com os adolescentes é essencial ter uma postura correcta. Recordo os apontamentos que li ontem, e que gostei de ler: a consulta de enfermagem do adolescente deve buscar¹⁶:

- Reconhecer vulnerabilidades sociais, institucionais e subjetivas, trabalhando com elas no âmbito individual;
- Avaliar processos orgânicos e psico-emocionais, identificando possíveis alterações;
- Adotar medidas assistenciais clínico-educativas, no âmbito individual;
- Articular os apoios mais amplos necessários.
- O seu carácter deve ser, sobretudo, o de identificação de necessidades e de intervenção através de um enfoque clínico-educativo individual
- A abordagem tradicional, unidirecional, roteirizada, informativa, deve ser substituída por um processo de inter-relação e construção conjunta de novos valores e possibilidades práticas em saúde, em que os profissionais assumam o papel de facilitadores e os adolescentes de sujeitos e líderes de seu próprio crescimento
- É importante considerar que não há um modo único e pronto de trabalhar com adolescentes. De forma que experiências e possibilidades locais devem estar abertas a continuadas, e novas experimentações alimentadas por processos de avaliação e participação crítica dos envolvidos, o que, sem dúvida, favorecerá o adolescente conhecer-se/reconhecer-se com ator/atriz de sua história pessoal e social.
- É importante que este tenha confiança no profissional que o acompanhará e que não o veja como alguém que pode tornar público, acessível a outros elementos de suas vivências e subjetividades. Este aspecto, inclusive, deve ser objeto de acordo com o adolescente.
- A linguagem do profissional não deve ser a mesma destes, pois certamente estes não o identificam como um de seus pares, mas deve traduzir respeito ao seu modo de se colocar, a seus valores e conhecimentos. Isto significa não emitir qualquer juízo de valor, reprovação às suas manifestações, adoção de qualquer comportamento discriminatório ou se apresentar como dono da "verdade". As mensagens utilizadas devem ser claras e objetivas e as informações técnicas sempre discutidas e fundamentadas. A base da troca deve ser o diálogo e não a imposição. Para isso, processos de escuta são fundamentais. Julgamentos prévios em torno do que se imagina que caracteriza todo e qualquer adolescente devem ser suprimidos. Também,

¹⁶ Cf. <http://www.abennacional.org.br/revista/cap5.1.html>

evitar interrupções no atendimento e estar sempre atento e aberto às expressões do adolescente são práticas fundamentais...Deve-se buscar, em todo os contatos, um consenso em torno da possibilidade de continuidade dos encontros e do encaminhamento dos próximos passos e ações, com base na interlocução sobre necessidades, desejos, riscos, problemas, alternativas possíveis (consideradas outras que não somente as do serviço de saúde) e seus benefícios.

- Deve-se evitar a prática do interrogatório no levantamento de questões de vida e necessidades do adolescente, em que um roteiro de questionamentos revele-se mais importante que o sujeito e a interação com ele. Dessa forma, deve-se fugir dos esquemas que procuram esgotar informações num primeiro contato, pautados em roteiros formais e seqüenciais de atendimento. Além disso, deve-se fugir de esquemas de esquadramento e controle da vida adolescente, avançando no processo de consulta sempre em acordo com o envolvido, com base em continuadas trocas em torno de necessidades, interesses e possibilidades, buscando respeitar e mobilizar valores, conceitos/preconceitos e estereótipos.
- Nos vários processos de abordagem do adolescente, deve-se trabalhar todo tempo com:
 - Sua motivação;
 - Espaços e posturas favoráveis à expressão de seus valores, conhecimentos, comportamentos, dificuldades e interesses;
 - elementos de troca e reflexão que favoreçam o controle da própria vida, práticas de responsabilização e de participação mais ampla nas decisões que lhes dizem respeito.
 - Reconhecer sempre a totalidade da vida adolescente, estar atento aos seus dilemas, ouvi-lo, apoiá-lo e o acolher, exercendo os princípios do respeito, privacidade e confidencialidade.

4- Um casal de namorados jovem

Um casal de namorados, o rapaz acaba por aceitar o convite para entrar, embora diga " Não preciso de nada". A enfermeira aproveita para lhe explicar em que consiste o SJ e mostrar disponibilidade para o que ele precisar no futuro. Entretanto a namorada informa-nos que vem à consulta para adquirir as pílulas. A enfermeira pergunta, como faz habitualmente, se não existem dúvidas ou esquecimentos, e a enfermeira Paula pergunta-lhe: " E se a sua namorada se esquecer, ao que ele responde: " Isso é com ela, eu faço a minha parte" (confirma que se refere aos preservativos, que tem " montes" lá em casa, que a mãe lhe adquire.

5- Uma jovem que é vítima de bullying

Uma jovem que está a ser acompanhada no SJ por hirsutismo e acne e que era vítima de bullying na escola. Está a tomar a pílula, referindo que se sente um pouco melhor. O acompanhamento da psicologia também lhe está a ajudar.

Estes são alguns exemplos variados das necessidades expressas pelos adolescentes que procuraram o Sorriso Jovem.

1ª Consulta: A. S. – 08/10/2013

Introdução

Uma das primeiras jovens, a ser escolhida por mim, para, acompanhar de perto, em termos de consultas de enfermagem, num contexto de Cuidados de Saúde Primários, a pouco mais de uma semana de início de estágio.

O critério de escolha deve-se ao fato de ser uma jovem, que teve a necessidade de uma *entrevista de enfermagem ao adolescente, modelo*, para mim, visto ser mais demorada, em termos de escuta e relação de ajuda. O motivo da minha presença na mesma: observação (dado que só me encontrava a 1 semana de estágio), permitiu apreciar as características de uma consulta de enfermagem ao adolescente, consolidadas com a leitura recente do Guia orientador de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica; **entrevista ao adolescente/** promover o desenvolvimento infantil na criança- Cadernos OE, série I, nº 3, vol 1, 2010).

Destaco, entre outros, o que pude observar na entrevista, da parte da enfermeira:

- Conhecimentos sobre o desenvolvimento da adolescência;
- A importância da disponibilidade, privacidade, confidencialidade e do estabelecimento de confiança;
- Da maturidade, conhecimentos abrangentes, valores morais, espirituais e culturais sólidos e congruentes do Enfº;
- Competências em relação de ajuda;
- A importância de escrever pouco e escutar mais, para assegurar a confiança;
- Capar mensagens não-verbais

Colheita de dados

Jovem de 14 anos, desloca-se à nossa consulta pela 2ª vez por livre iniciativa e sozinha. (Na primeira foi convidada pela Enf.^a a realizar uma consulta de vigilância de saúde pois estava a acompanhar uma amiga; isto em 09/04/2010. Nada a valorizar nos registos de enfermagem), Ressalta-nos, de forma especial, na sua aparência e postura: fáceis bem delineado, cabelo pintado de lilás, cabisbaixa, educada.

A entrevista, realizado pela Enf.^a P. e por mim, efectua-se sem dificuldade pois a jovem refere logo: “encontro-me com níveis elevados de ansiedade. Não tenho motivação para retomar os trabalhos da escola que se estão a acumular”. Acrescenta que não se sente capaz de realizar os 27 trabalhos que na escola são pedidos, pois no ano anterior tinha tido uma outra professora e exigência. Refere apresentar, sobretudo na escola ataques de pânico, que não consegue controlar, com manifestações de choro incontroável, falta de ar e náuseas. *Gosta muito do curso (Artes)*, a diz que *entende a exigência da professora*, pois quer que os alunos sejam bons.

Tem namorado, que diz gostar dela, embora lhe custe ele não dizer nada, quando ela desabafa com ele. Mas “já deu provas de gostar de mim, pois se assim não fosse não queria estar com uma pessoa assim”. Refere que é uma pessoa com baixa autoestima, “embora já esteja melhor”. Também antes tinha mais peso que agora e quer continuar a emagrecer mais, *referindo que há-de conseguir*. “ eu, com uma pessoa que me motiva, consigo fazer as coisas” (sic)

A A.S. diz não andar bem, tem medo de estar com uma depressão, pois já teve mais problemas e não andava assim. Refere ter tido acompanhamento da psicóloga da escola, numa fase anterior à actual.

A A.S. afirma que no dia anterior teria tentado conversar com a mãe, mas que reagiu muito mal, pois grita com ela. O pai está internado no Hospital da Estrela com uma depressão e que não gostou terem escondido dela esta situação. Refere apresentar medo em tomar antidepressivos, pois vê o pai como um zombe, e os medicamentos não o puseram mais feliz e não lhe resolvem os problemas.

A A.S. atesta que não tem muitos amigos.

A jovem apresenta as suas dificuldades, acompanhadas de choro controlado, desejando ela mesma perceber as razões do seu estado.

Diagnósticos de enfermagem

Áreas problemáticas identificadas na A.S.:

- Ansiedade
- Tristeza
- Alteração na autoestima
- Ataques de pânico
- Processo familiar comprometido
- Absentismo escolar/ motivação
- Risco de não adesão terapêutica

Factores de resiliência identificados:

- Relação com o namorado

1. Ansiedade, Tristeza e Coping ineficaz - Classe: Respostas de Coping

Relacionada com o insucesso e absentismo escolar, dificuldade de diálogo com a família e professores, internamento e estilo de recuperação do pai;

Manifestada por humor triste, ataques de pânico, choro e verbalização da própria

2. Baixa auto-estima situacional. Classe: auto-estima

Relacionada com dificuldade de comunicação com os pais, frustração na não adaptação às novas exigências escolares, perda de peso desejável e em não conseguir ultrapassar as dificuldades

Manifestada na verbalização do próprio sentimento: “tenho uma autoestima baixa”

3. Insónia - Classe: sono / descanso

Relacionada com a ansiedade, tristeza e anteriores diagnósticos,

Manifestada por alterações no padrão de sono (dorme poucas horas e acorda de noite e dorme de dia) -

4. Processos familiares disfuncionais- Classe: relações familiares

Relacionados com a dificuldade expressa de comunicação com a mãe e o internamento do pai;

Manifestados por relação conflituosa: “ mãe que grita”; falta de diálogo familiar

5. **Risco de gestão ineficaz do regime terapêutico**- Classe gestão da saúde

Relacionado com a observação do pai, internado por depressão, manifestado por verbalização de medo e desacreditação do efeito dos antidepressivos

Intervenções de enfermagem

- Identificar elementos de resiliência na A. S.;
- Avaliar existência de risco de solidão e de suicídio;
- Promover a verbalização de sentimentos;

Realizar educação para a saúde sobre a depressão e os antidepressivos

- Apresentar a proposta de a A. S. ter um acompanhamento imediato pela psicóloga ou psiquiatra, para permitir um acompanhamento especializado, dados os diagnósticos de enfermagem que não poderão ter suficiente resposta no espaço *Sorri Jovem*.
- Realizar telefonema à psicóloga, para marcação de consulta de psicologia, e comunicação da data à A. S.
- Demonstrar disponibilidade para as consultas de enfermagem necessárias e do interesse da A. S., como o do acompanhamento da sua desejável perda de peso.
- Na próxima consulta de enfermagem, avaliar, T.A., IMC.

Avaliação

- Aceitação da proposta de ser seguida, numa primeira fase pela psicóloga
- Conhecimento da primeira consulta de psicologia no dia a seguir
- Conhecimento da adesão regular às consultas de psicologia.

Perguntar mais alguma coisa à Dra. Sílvia (psicóloga)

Reflexão

A Consulta exigiu uma grande necessidade de escuta e acolhimento da parte da enfermeira, não sendo complexo avaliar a necessidade desta jovem de um acompanhamento da psicóloga e até de uma consulta de psiquiatria. Eu, durante a consulta mantive-me, todo o tempo, em silêncio, estando atenta às respostas empáticas da Enf.^a P.

Este caso ofereceu-me algumas reflexões:

- O impacto da crise económica e familiar nos adolescentes de hoje. Que resiliência possuem;
- A importância dos Cuidados de Saúde Primários possuírem estruturas de apoio de ajuda aos adolescentes nos vários níveis de prevenção. O lugar do Sorri Jovem nestas situações de detecção precoce de depressões e outros problemas de saúde mental. Que trabalho de equipe existe.
- O que está ao meu alcance, nestes dois meses de estágio, para contribuir para a promoção da saúde mental no adolescente¹⁷. Que competências¹⁸ necessito trabalhar.

2ª Consulta M.R.- 14-10-2013

Introdução

A escolha desta jovem deve-se ao facto de a consulta ser procurada pela mãe e filha, sendo a entrevista só realizada com a M. Além disso a situação de sofrimento da jovem é diferente de outros: bullying e dificuldade em dormir.

Colheita de dados

M. R. Nasceu a 06-05-1999, estuda no 9º ano, vem à consulta do *Sorri Jovem*, acompanhada pela mãe, consulta esta procurada na 2ª feira anterior, pela mãe e a filha, que terá sido informada que no *Sorri Jovem* havia uma psicóloga que podia ajudar a filha. Nesta mesma 2ª feira, a mãe revela, fora do espaço da consulta, que a filha não estava bem, pois estava a ser vítima de bullying. A M. durante a explicação dos objectivos do Sorri Jovem, nesta 2ª feira, verbaliza que não tinha ido para uma consulta de enfermagem, mas de psicologia. Sendo tarde, e dada a minha pouca experiência de estágio, decido que é benéfico a consulta ser realizada por uma das enfermeiras, sendo mercada, de acordo com a disponibilidade da mãe e da filha, para 6ª feira.

De realçar, o tempo de espera da mãe e da M. tenso, com conversas conflituosas.

Na consulta de enfermagem, estou presente com a Enf.ª P. entra a M. que expõe a sua preocupação, referindo que estava a ser vítima de bullying por parte da Prof. de Educação física, que não aceitava o motivo expresso em declaração médica, de a M. não ter condições

¹⁷ Esta entrevista levou à elaboração do trabalho **Promoção da autoestima nos adolescentes**, bem como ao planeamento de sessões de educação para a saúde, tais como a promoção da autoestima e a tomada de decisão.

¹⁸ Desde o início do estágio que começou a surgir a necessidade de recordar as competências não trabalhadas no estágio anterior e as oportunidades que o estágio estava a oferecer, para as aproveitar. Apresenta-se posteriormente essa reflexão.

de saúde para realizar determinados exercícios físicos. A declaração não menciona o motivo, e legalmente não é obrigatório mencionar, situação reprovada pela professora e também pela direcção escolar. A situação arrasta-se, mesmo com o envolvimento da mãe para resolver esta situação, que tem deixado a M. ansiosa. Refere que não está a dormir bem, e que o psiquiatra da mãe receitou à M. um tranquilizante para dormir (diazepam), pelo que de manhã tem muita dificuldade para se levantar, para ir para a escola.

No questionamento das razões para não conseguir dormir a M. refere: “Sou acordada. Não vai acreditar em mim, mas sou acordada por espíritos” (sic)

A M. refere que a relação dos pais não é muito boa, pois o pai fora alcoólico. Ambos tentam controlar a vida da M. que namora há alguns anos, tendo uma boa relação com o namorado.

Áreas problemáticas identificadas na M. R.

Bullying

Insónia

Processo familiar comprometido

Factores de resiliência identificados

- Existência de namorado

- Gosto em estudar

-Vontade de ser ajudada no fortalecimento de competências pessoais.

Diagnóstico de enfermagem

1. Sentimento de impotência e de desesperança –Classe: autoconceito

*relacionado com a não resolução do conflito da escola,
manifestado por tristeza, raiva, insónia*

2. Insónia- Classe: Sono/ descanso

*relacionada com perturbação do sono: “ser-se acordada pelos espíritos”,
manifestado pela toma benzodiazepinas.*

3. Processos familiares disfuncionais- Classe: relações familiares

*relacionados com a dificuldade expressa de comunicação, abertura, e confiança com os pais,
manifestados por verbalização de falta de diálogo e compreensão familiar*

Intervenções de enfermagem

- Identificar elementos de resiliência na M. R
- Promover a verbalização de sentimentos;
- Questionar a necessidade da presença da mãe na consulta e/ ou de verbalização à mãe de algo do interesse da M. pós- consulta.
- Propor encaminhamento psicológico e explicar como este se processa
- Demonstrar disponibilidade para as consultas de enfermagem do *Sorri Jovem* necessárias e do interesse da M. R.
- Na próxima consulta de enfermagem, avaliar, T.A., IMC.

Reflexão

Esta consulta de enfermagem, permitiu uma apreciação da relação de ajuda¹⁹ estabelecida pela Enf.^a, considerando que a M.R, tinha vindo ao *Sorri Jovem* procurando uma consulta de psicologia e não de enfermagem, na relação empática estabelecida, em que se podem apreciar as várias fases da relação: identificação, incorporação e repercussão e superação. Também a escuta activa e o respeito em deixar a jovem verbalizar livremente o que queria, em atitude de respeito e acolhimento.

Ficou gravada em mim a expressão da Enf.^a P.: “Não é importante, se eu acredito em espíritos, o importante é que acredito no seu sofrimento”

3ª Consulta: T. e F. - 22-10-2013

A T. C. e F. S. vêm à nossa consulta de enfermagem, dia 22 de Outubro solicitar a pílula Minigest.

Dos antecedentes de ambos, a T. nasceu a 22-09-1993 e está na consulta do *Sorri Jovem* desde 25-02-2013, e o seu namorado F. S. desde 13-05-2013. Ela é enviada, em Fevereiro, do Planeamento Familiar do C.S. Mem Martins, neste dia por ruptura do stock de pílulas. Nesta consulta a T. apresenta queixas de dispaurenia e é aconselhada a marcar consulta médica.

¹⁹ Esta consulta de enfermagem observada expressa perfeitamente os conteúdos dos capítulos 7 e 8 do livro PHANEUF, Margot- **Comunicação, entrevista, Relação de Ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005. Cada vez fazem mais sentido as leituras que se foram fazendo sobre a relação de ajuda, e a possibilidade de ter participar, durante um dia, em dinâmica grupal numa formação sobre counselling em saúde, proferida por Carlos Bermejo. Mais tarde surgirá o trabalho relação de ajuda na consulta de enfermagem.

Na consulta seguinte vêm os dois, e a Enfª conversa com ambos sobre a situação da dispaurenia; o F. pareceu não entender o sofrimento da T. Falam também na prevenção de DST's.

A consulta de 05- 08-2013 permite uma recolha de informação importante sobre a sua saúde: Vem com o namorado à consulta, vive com ele na casa da mãe do F., há mais ou menos 1,5 ano, mas ultimamente têm-se agravado os conflitos. A T. está a terminar o Curso de Animação Cultural e a carta de condução e deixou de contribuir financeiramente para as despesas da casa. Também trabalha em limpezas com a mãe aos fins-de-semana. Vivia numa Instituição até conhecer o F. Reatou relações com a mãe e o pai (separados) mais recentemente. Vem buscar a pílula. Leva 1 Embalagem de *Marvelon*. Refere-se sentir-se bem com esta pílula. Refere transpiração excessiva muito difícil de controlar e que acaba por ser incómodo socialmente. Vai falar com a médica alternativas ao tratamento. Ainda não tinha feito a ECO; iria marcá-la.

Em relação ao F. sabemos que ele é de Mem Martins, tem 19 anos e, do dia 05 de Agosto, recolhemos a informação que ainda estuda, nesta altura; curso de cozinha, para equivalência ao 12º ano. Já tem carta de condução. Refere que viveu sempre com a mãe. O pai tinha 1 família "oficial" (sic), onde existem 2 irmãos e tem ainda 1 irmã com 42 anos (também de relação extraconjugal) e eventualmente mais 1 irmão no Algarve. O pai faleceu há mais ou menos 2,5 anos e foi proibido de ir ao funeral pelos irmãos (sic). Sente-se o "bastardo". Refere que a mãe é superprotetora e controladora e que, simultaneamente diz e mostra que não gosta dele. Sente-se pressionado pela mãe e pela namorada e diz que já não aguenta. Os conflitos são diários e permanentemente quando estão em casa. A mãe é assistente administrativa na Escola Mem Martins. Fala da relação com os amigos (maioritariamente) colegas do curso de cozinha e com a família (esta é a família do pai- tia/ tios)

Refere muita impulsividade e descontrole dos impulsos. Ao longo da consulta acaba por referir que teve acompanhamento de psiquiatria desde criança, por hiperatividade (sic) Fez Retalina® e Risperdal® até os 15 anos. Suspendeu por decisão própria e não terá sentido alteração até aos 18 anos. No último ano sente-se pior. Progressivamente com maior dificuldade no controle dos impulsos e na gestão da agressividade. Disposto a fazer acompanhamento, tratamento e medicação embora refira que não tem dinheiro para medicação. É encaminhado para a consulta de psicologia. Pondera-se encaminhamento para Psiquiatria. Tem médico de família (Dra. Carlota). Quer seguir carreira militar (marinha), referindo que toda a família (do pai) tem esse percurso."

Dia 13-08 o Fábio iniciou acompanhamento de psicologia.

Neste dia 22 de Setembro, o casal de namorados têm consulta em simultâneo, e é neste dia que os conheço. Na consulta estivemos presentes as 2 enfermeiras.

O F., segundo a Enfª B. apresenta uma postura menos tensa e com um insight de perceber que "tenho de esquecer o meu passado(...) viver um dia de cada vez (...) não pensar muito nos assuntos, como diz a psicóloga, pois não me faz bem" (sic). Não discute com a T. na consulta.

Tem procurado emprego insistentemente, só para o período da manhã, pois tem o Curso à tarde, e necessita, juntamente com a T., contribuir financeiramente para as despesas da casa da mãe do F., onde vivem.

Diz não querer propostas de emprego “mafiosas”.

Refere preocupação com a situação do pai da T., que vai ao tribunal, por ser identificado pela Polícia de Trânsito, a conduzir embriagado; e se retiram o poder paternal do irmão da T. (tem 13 anos) e este correr o risco de ir para uma Instituição, do género onde ela esteve, e não ter uma boa experiência. Referem que não têm condições para cuidar do irmão.

Reprovam comportamento da mãe da T. em oferecer ao pai bebidas alcoólicas.

Discutem, de forma saudável, na consulta, decisões precipitadas anteriores das Assistentes Sociais que conheceram... O F. reprovava também o comportamento do pai da T. que não se quer tratar e “há-de acabar como o meu pai, que morreu com cirrose” (sic).

Verbalizou vontade de comprar carro, mas necessita de um fiador; percebe porém que há necessidade de estabelecer prioridades na vida.

Tem procurado uma relação com a T. com menos agressividade, acatando os conselhos da psicóloga.

Em relação à T., refere que em Janeiro a sua relação de namoro já será união de facto. Mantém-se a viver com a mãe do F., que está doente (diz que vai ser operada) e com dificuldades de gestão económica e diálogo. “ a mãe do F. discute muito” (sic). A T. está em estágio, termina em Dezembro e diz precisar muito de emprego para fazer cobrir as despesas da casa. Por vezes chegam a casa e não há nada na dispensa nem na cozinha. Está a tirar a carta de condução.

Preocupada com o pai que refere” se for preso mato-me e tu ficas com o teu irmão”(sic). Refere que o pai já esteve internado no Hospital Júlio de Matos, que teve alta, com necessidade de tomar medicação, mas não toma e “ eu também lhe disse para não tomar, no início, pois não era o mesmo, quieto, sem brincar”.

A T. foi estimulada a perceber a necessidade do pai ser ajudado e em continuar a ir às consultas de psiquiatria.

A T., expressa, juntamente com o F. preocupações diárias, sem labilidade emocional.

Trouxe ECO, não revela alterações. Marca consulta de vigilância ginecológica.

Diagnósticos de enfermagem

- 1. Gestão eficaz do regime terapêutico-** toma adequada da T da pílula- Classe: Percepção da saúde

relacionado com a prevenção de uma gravidez não desejada manifestado, pela sua solicitação no Sorri Jovem

2. Disposição do F. para melhorar o coping individual- Classe: Respostas de coping

2.1. relacionado com a integração do passado (verbalizado na expressão: “*tenho de esquecer o meu passado(...) viver um dia de cada vez (...) não pensar muito nos assuntos, como diz a psicóloga, pois não me faz bem*” e no controle da impulsividade;

manifestado pela verbalização dos sentimentos, adesão aos conselhos da psicóloga, postura menos tensa e menos discussões entre T e F.

2.2. relacionado com dificuldades económicas,

manifestado pela verbalização de encontrarem a dispensa da casa sem comida, dificuldade em adquirir carro de forma autosuficiente, e na procura urgente de emprego justo.

3. Processos familiares disfuncionais- Classe: relações familiares

relacionado com o alcoolismo do pai da T., e comportamentos de não ajuda da mãe; preocupação em ele ser preso e não saberem como cuidar do irmão da T., dificuldade de diálogo da mãe do F.

manifestado pela verbalização do sentimento de preocupação com as famílias mútuas

4. Conflito de decisão- Classe: Congruência de valores/ Crenças/ Acções;

relacionado com o aconselhamento ao pai de não tomar a medicação de tratamento do alcoolismo e ser interceptado a conduzir alcoolizado;

manifestado em verbalização do sentimento de apreensão

Intervenções de enfermagem

- Escutar empaticamente;

-Mostrar reforço positivo ao F. na adesão as consultas de psicologia e no controle da impulsividade;

- Reforçar pensamento de estabelecimento de prioridades económicas;

- Perceber comportamento de desaconselhamento da T. em o pai não tomar medicação e explicar os riscos do seu abandono;

- Fornecer pílula Minigest, confirmar toma adequada da mesma;

- Planear contacto telefónico para conhecer situação do pai da T.

Próxima consulta:

- Avaliar necessidade de contacto telefónico para o Hospital Júlio de Matos, para reforçar necessidade de integração familiar, no acompanhamento do tratamento do pai da T.

Reflexão

O que mais me chamou à atenção nesta consulta de enfermagem, foram os processos de resiliência identificados, em ambos os jovens, realidade identificada, também, por ambas as enfermeiras do *Sorri Jovem*. Constituiu também uma das consultas em que mais se pôde apreciar a necessidade destes jovens serem escutados e compreendidos.

A decisão da T. em dizer ao pai para deixar de tomar a medicação prescrita para o tratamento do alcoolismo, também me deixou pensativa, nas razões que pode levar a uma pessoa não aderir à terapêutica. Haverá suficiente envolvimento da família, aquando de uma alta hospitalar? Que respostas o pai hoje oferece para o tratamento e reabilitação do alcoolismo?

Depois também a realidade das Instituições e das respostas sociais que acompanham jovens/famílias em risco. Que tipo de respostas existem hoje?

E continua a questão de que tipos de indicadores de enfermagem podem ser criados para o *Sorri Jovem*?

4ª Consulta V. N. - 24- 10-2013

A V. tem 18 anos, estuda no 12º ano e apresentou-se na 1ª consulta a 25- 09-2013, pedindo orientação para o início da CO. Segundo registos, nesta primeira consulta são esclarecidas algumas dúvidas sobre este assunto.

O meu primeiro contacto com esta jovem foi através de uma sessão de educação para a saúde sobre a auto-estima, no dia **24- 10-2013** na qual ela participou activamente. A sessão decorreu meia hora antes da consulta de enfermagem. No dia anterior, tivera consulta médica, de orientação para a CO, tendo a médica lhe pedido alguns exames.

31- 10-2013

A V. vem à consulta pois encontrava-se extremamente preocupada com o facto do preservativo ter rompido durante uma relação sexual.

Nesta altura ainda não tinha feito os exames pedidos pela médica por dificuldades financeiras.

Diagnóstico de enfermagem

1. **Conflito interno-** Classe: Congruência de Valores/ Crenças/ acções

relacionado com risco de gravidez devido ao rompimento de um preservativo, manifestado por ansiedade e pedido de ajuda

- 2. Disposição para aumento da tomada de decisão-** Classe: Congruência de Valores/ Crenças/ acções
- relacionada com o início da contracepção oral, manifestado pela marcação da consulta de planeamento familiar*

Intervenções de enfermagem

- Escutar as razões do conflito interno da V.
- Perceber se existe na V. alguma proposta de resolução;
- Avaliar conhecimentos sobre a pílula do dia seguinte e a escolha livre e responsável para a sua toma;
- Preencher formulário sobre a pílula do dia seguinte, com as respostas da V. e solicitar assinatura
- Explicar o mecanismo de acção da pílula do dia seguinte;
- Fornecer a pílula

5- 11-2013

A V. vem à nossa consulta, acompanhada de uma amiga, solicitar a pílula receitada pela sua médica assistente Minigest. Tinha sido contactada pela Enf.^a B. que podia realizar os exames gratuitamente, porém seria isenta de os pagar.

Mostra atenção redobrada, que chama à atenção para fixar as indicações a dar, pela enfermeira.

Acrescenta e pede ajuda, pois ainda que tivesse tomado a pílula do dia seguinte mantém preocupação da possibilidade de estar grávida, pois recorda a tia que manteve hemorragias até o 6º mês de gravidez. Pede se é possível realizar um teste de gravidez. Data da sua última menstruação: 2 de Novembro.

A amiga, é cliente do Sorri Jovem e iniciou a pílula há alguns meses, afirmando que tudo tem corrido bem.

Diagnóstico de enfermagem

- 1. Comportamento de procura de saúde- Classe:** Gestão da saúde

relacionado com a prevenção de uma gravidez não desejada

manifestado pela procura de uma consulta de planeamento familiar.

Intervenções de enfermagem

- Questionar a V. sobre a existência passada de efeitos secundários em relação à pílula do dia seguinte;
- Confirmar receita médica;
- Valorizar a decisão de iniciar a CO;
- Realizar ensino sobre a pílula: mecanismo de acção, posologia, possíveis efeitos secundários, toma simultânea com antibióticos ou outros medicamentos, esquecimentos da toma, existência de vómitos ou diarreia
- Validar conhecimentos da amiga sobre a toma responsável da pílula;
- Confirmar entendimento e a não existência de dúvidas;
- Esclarecer quais as medidas a ter para prevenir as IST's;
- Planear possibilidade de análise de HCG (gonadotrofina coriônica humana);

19-11-2013

A V. telefona a saber se a sua médica lhe teria passado a análise de HCG. É informada que terá de esperar até a pausa da pílula e avaliar amenorria.

Reflexão

Esta jovem chamou-me à tenção pela sua responsabilidade de namoro e sobretudo pela atenção nas explicações sobre a toma da pílula. Confirma a importância de a sociedade e o Sistema de Saúde apresentar aos jovens alternativas aos comportamentos saudáveis de saúde, acreditando na suas escolhas responsáveis, se lhes apresentar informação clara e isenta de moralidade.

5^a Consulta A.C.D. 25-10-2013

A A.C. tem 17 anos e vem pela 1^a vez à consulta acompanhada pela E. F, também para consulta. Quer reiniciar CO, pois já fez há um ano atrás. Não sabe dizer o nome. É fumadora: 14 cigarros por dia e sabe que é importante deixar de fumar, até porque tem bronquite crónica. (toma *singulair*, como SOS).

Tem 2 irmãos do mesmo pai e mãe, e um outro só da mãe, que tem esquizofrenia, situação que preocupa a A.C. pois não sabe lidar com ele, quando se cruza na rua com ele. Neste momento, quase não tem contacto com ele, sabe que ele é seguido no Hospital Júlio de Matos. Refere alguns conflitos com a mãe.

Refere que tem consciência que tem peso a mais (Peso: 80 Kg; altura 1,64 m; IMC 30), mas tem alturas em que come descontroladamente e só “porcarias” (sic).

Mostra-se preocupada por “ter andado a fazer umas coisas”, pelo que necessita de análises várias urgentes. Refere não apresentar sinais ou sintomas que a preocupem.

Refere ter já tido acompanhamento de psicologia, que não a ajudou muito, mostrando que não anda bem. Chora de forma controlada.

Diagnósticos de enfermagem

1. Medo e Ansiedade- Classe: Respostas de coping;

relacionados com comportamentos sexuais de risco;

manifestada na expressão: “ter andado a fazer umas coisas”, e necessitar de fazer análises, e “ não andar bem”

2. Processos familiares disfuncionais, Classe: Relações familiares

relacionados com conflitos com a mãe, incapacidade de relacionamento com o irmão com esquizofrenia;

manifestado pela verbalização do sentimento

3. Peso em excesso- Classe: Nutrição,

relacionado com nutrição desequilibrada;

manifestado pelo IMC;

4. Comportamento aditivo- Classe: Percepção da saúde

relacionado com consumo de tabaco (14 cigarros)

5. Comportamento de procura de saúde- Classe: Gestão da saúde

relacionado com a prevenção de uma gravidez não desejada e de um exame de estado de saúde

manifestado pela procura de uma consulta de planeamento familiar.

6. Coping familiar deficiente- Classe: Respostas de coping

relacionado com incapacidade de relação com o irmão portador de esquizofrenia

manifestado por verbalização do sentimento e tristeza

Intervenções de enfermagem

- Valorizar a decisão de necessitar de uma consulta médica para vigilância de saúde e encaminhar a marcação da mesma;
 - Avaliar urgência da consulta médica;
 - Questionar o uso de preservativos nas relações sexuais;
 - Avaliar TA e IMC;
 - Mostrar disponibilidade para próximas consultas em que a A.C. queira conversar.
- Na próxima consulta:
- Manter contacto com a amiga da A.C.;
 - Avaliar motivação para deixar ou diminuir o consumo de tabaco;
 - Avaliar motivação para perda de peso e alimentação equilibrada;
 - Questionar a existência de exercício físico;
 - Avaliar que tipo de dificuldades de relacionamento existe com o irmão com esquizofrenia e planear educação para a saúde sobre relacionamento afectivo com pessoas portadoras de esquizofrenia;
 - Perceber existência de comportamentos alimentares purgativos;
 - Perceber as razões da necessidade anterior de acompanhamento de psicologia.

Reflexão:

Esta jovem mostra claramente que precisa de alguém que a escute, a compreenda, a ajude. não conseguiu dizer abertamente quais as preocupações, talvez pelo facto de estar acompanhada e com pressa de ir para a escola.

O Sorri Jovem oferece esta disponibilidade e confidencialidade da consulta, que, no meu entender, são já duas rampas de motivação para os jovens aparecerem. Penso que só um serviço telefónico aos jovens, mostrando preocupações com eles, quem sabe, não contribuiria para atenuar sentimentos de solidão, confusão, precipitação em determinadas decisões...

6ª Consulta A.C.D. 25-10-2013

A A.C. tem 17 anos e vem pela 1ª vez à consulta acompanhada pela E. F, também para consulta. Quer reiniciar CO, pois já fez há um ano atrás. Não sabe dizer o nome. É fumadora: 14 cigarros por dia e sabe que é importante deixar de fumar, até porque tem bronquite crónica. (toma *singulair*, como SOS).

Tem 2 irmãos do mesmo pai e mãe, e um outro só da mãe, que tem esquizofrenia, situação que preocupa a A.C. pois não sabe lidar com ele, quando se cruza na rua com ele. Neste momento, quase não tem contacto com ele, sabe que ele é seguido no Hospital Júlio de Matos. Refere alguns conflitos com a mãe.

Refere que tem consciência que tem peso a mais (Peso: 80 Kg; altura 1,64 m; IMC 30), mas tem alturas em que come descontroladamente e só “porcarias” (sic).

Mostra-se preocupada por “ter andado a fazer umas coisas”, pelo que necessita de análises várias urgentes. Refere não apresentar sinais ou sintomas que a preocupem.

Refere ter já tido acompanhamento de psicologia, que não a ajudou muito, mostrando que não anda bem. Chora de forma controlada.

Diagnósticos de enfermagem

7. Medo e Ansiedade- Classe: Respostas de coping;

relacionados com comportamentos sexuais de risco;

manifestada na expressão: “ter andado a fazer umas coisas”, e necessitar de fazer análises, e “ não andar bem”

8. Processos familiares disfuncionais, Classe: Relações familiares

relacionados com conflitos com a mãe, incapacidade de relacionamento com o irmão com esquizofrenia;

manifestado pela verbalização do sentimento

9. Peso em excesso- Classe: Nutrição,

relacionado com nutrição desequilibrada;

manifestado pelo IMC;

10. Comportamento aditivo- Classe: Percepção da saúde

relacionado com consumo de tabaco (14 cigarros)

11. Comportamento de procura de saúde- Classe: Gestão da saúde

relacionado com a prevenção de uma gravidez não desejada e de um exame de estado de saúde

manifestado pela procura de uma consulta de planeamento familiar.

12. Coping familiar deficiente- Classe: Respostas de coping

relacionado com incapacidade de relação com o irmão portador de esquizofrenia

manifestado por verbalização do sentimento e tristeza

Intervenções de enfermagem

- Valorizar a decisão de necessitar de uma consulta médica para vigilância de saúde e encaminhar a marcação da mesma;
 - Avaliar urgência da consulta médica;
 - Questionar o uso de preservativos nas relações sexuais;
 - Avaliar TA e IMC;
 - Mostrar disponibilidade para próximas consultas em que a A.C. queira conversar.
- Na próxima consulta:
- Manter contacto com a amiga da A.C.;
 - Avaliar motivação para deixar ou diminuir o consumo de tabaco;
 - Avaliar motivação para perda de peso e alimentação equilibrada;
 - questionar a existência de exercício físico;
 - Avaliar que tipo de dificuldades de relacionamento existe com o irmão com esquizofrenia e planear educação para a saúde sobre relacionamento afectivo com pessoas portadoras de esquizofrenia;
 - Perceber existência de comportamentos alimentares purgativos;
 - Perceber as razões da necessidade anterior de acompanhamento de psicologia.

Reflexão:

Esta jovem mostra claramente que precisa de alguém que a escute, a compreenda, a ajude. não conseguiu dizer abertamente quais as preocupações, talvez pelo facto de estar acompanhada e com pressa de ir para a escola.

O Sorri Jovem oferece esta disponibilidade e confidencialidade da consulta, que, no meu entender, são já duas rampas de motivação para os jovens aparecerem. Penso que só um serviço telefónico aos jovens, mostrando preocupações com eles, quem sabe, não contribuiria para atenuar sentimentos de solidão, confusão, precipitação em determinadas decisões...

6ª Consulta: E.F.- 25-10-2013

E. F. tem 17 anos, e encontra-se pela 1ª vez no Sorri Jovem, que conheceu através de um amigo que segue as consultas deste.

Na consulta entra com uma amiga sua, que também vem para a consulta. O motivo da procura da consulta, está relacionado com o desejo de iniciar CO, para dismenorria. Para as dores costuma tomar Trifen® 200 mg, 1 a 2 por dia.

Vive com a mãe e padrasto, tem mais 9 irmãos, nenhum vive com ela. Refere não ter namorado e ainda não ter iniciado relações sexuais.

Estuda no 12º ano, gostaria de continuar a estudar para Animadora Sócio-cultural.

Como antecedentes de saúde, refere apresentar anemia, mas é acompanhada pelo médico.

Refere estar com pressa para ir para as aulas.

Apresenta preocupação com a amiga A.C, durante a entrevista deste, e o seu peso: “ não vais já andar para aí a vomitar” (sic)

Diagnósticos de enfermagem

1. **Dor aguda**- Classe: conforto físico
relacionada com período menstrual,
manifestada pela procura de uma consulta

Intervenções de enfermagem

- Avaliar TA;
- Avaliar IMC;
- Conhecer e confirmar características da dor relacionadas com o período menstrual;
- Conhecer as respostas da jovem na procura do alívio da dor;
- Avaliar existências de análises/ exames relacionados com a anemia da jovem, solicitando que as traga para a consulta;
- Explicar e encaminhar para consulta médica;
- Apresentar objectivos do Sorri Jovem;
- Recolher informações sobre antecedentes familiares, vacinação, relação de pares, conhecimento sobre IST's na próxima consulta;
- Realizar educação para saúde, na próxima consulta
- Questionar a saúde da amiga A.C., na próxima consulta.

Reflexão

A procura do Sorri jovem, por procura de solução para dismenorria é frequente nas jovens, nas várias idades. Os conhecimentos relacionados com a regulação do período menstrual, através da CO, são também variáveis, bem como as dúvidas relacionadas com os efeitos secundários da pílula. A intervenção de educação para a saúde e do aconselhamento faz todo

o sentido, como intervenção de enfermagem. a actualização de conhecimentos torna-se fundamental.

Considerado um campo novo de actuação, para mim, obriga-me a inteirar-me sobre a produção literária sobre a pílula, bem como a necessidade de dialogar com as enfermeiras. O olhar para a pílula como um “medicamento diferente” levou-me a questionar a existência em mim de preconceitos, sobretudo depois da entrevista em que fui questionada pela Enf.^a Benvinda.

7ª Consulta- J.M., I.I., e R.C., 29-10-2013

A consulta dos 3 jovens: J.M., I.I., e R.C., é realizada por 2 enfermeiras, manifestando desejo de entrarem, os 3 amigos, ao mesmo tempo, na consulta, sendo que R é a primeira vez,

- O J.M. já é seguido no *Sorri Jovem* desde 18-03-2013. Tem 18 anos, e tal como o I.I. e R.C. frequenta o Curso Profissional de EPAV- Colares (Cozinha). Nesta 1ª consulta, segundo registos, diz namorar com uma jovem espanhola, que não sabia se fazia CO, e que já tinha feito 2 IVG, a 1ª por violação. Em ambas ainda não namorava. Refere que iria conversar com ela e tentar perceber se ela necessitava de alguma ajuda. Abordadas questões de gravidez, DST's, hábitos de vida saudável.
- O I.I., tem também 18 anos, na primeira consulta- 18-03-2013 (mesmo dia do J.M.) refere que nunca mais usou preservativos depois de um romper. Namorava, actualmente, com uma jovem de 15 anos, e ainda não tinham iniciado actividade sexual, tendo alguns receios. Refere que iria convidá-la a vir ao *Sorri Jovem*.

Neste dia 29-10-2013 solicitam preservativos.

Trazem o R. para a primeira consulta.

O R. C. tem 17 anos, quer saber o que se faz no *Sorri Jovem*

Diagnóstico de enfermagem (para os 3 jovens)

1. **Comportamento de procura de saúde**- Classe: Percepção da saúde

relacionado com a prevenção de uma gravidez não desejada e de transmissão de IST's

manifestado na solicitação de preservativos

2. **Comportamento de procura de saúde**- Classe: Percepção da saúde

*relacionado com a necessidade de informação/ formação sobre uso correcto do preservativo e prevenção do seu rompimento
manifestado na procura da consulta de enfermagem.*

Intervenções de enfermagem

- Realizar educação para a saúde sobre prevenção IST's e de gravidez, hábitos de vida saudável
 - Demonstrar colocação de preservativo em modelo de pénis
 - confirmar a não existência de dúvidas
 - Fornecer preservativos
- Ao R: (acrescentar)
- Explicar objectivos do *Sorri Jovem*,
 - Avaliar TA e IMC

Reflexão

A consulta de hoje chama a atenção as abordagens sobre necessidades de aprendizagem sobre a sexualidade, nos rapazes em relação às raparigas. Eles, ao contrário delas, apresentam-se encobrendo, com gozo e gargalhas, as perguntas sobre a sexualidade / afectividade, feitas pelas enfermeiras. Mostram vergonha (2 deles chegam a corar) ao falar sobre a sua sexualidade, ficando mais confortáveis quando se fala sobre o Curso que estão a frequentar.

Porém a atenção às orientações das enfermeira, faz-nos perceber o aproveitamento deste espaço para uma formação mais personalizada; que pode ir ao encontro das dúvidas pessoais, existindo a intimidade dos amigos, em que se podem expressar com mais liberdade.

8ª Consulta- M.N.- 1-11-2013

M. N. é uma jovem de 16 anos, natural do Algueirão, estuda no 10º ano, em consultas no *Sorri Jovem*, desde 29 de Janeiro de 2013, juntamente com mais duas irmãs (L.J. e F.J.). Até este dia esteve presente em 5 consultas. Dos registos de enfermagem, salienta-se que o pedido de CO realizou-se em **28-08-2013**, referindo que as suas amigas lhe tinham dito que a pílula ajudava nas borbulhas e regularizava o período menstrual. Nesta altura é encaminhada para uma consulta médica. Entretanto, como perdeu as requisições, só neste dia trás resultados dos mesmos.

A M. N. deseja saber se os resultados dos exames estavam bem. Manifesta também desejo de perder peso, pois não se considera bonita. Quer estar elegante pois vai participar numa passarela. Afirma que há muitos alimentos de que não gosta. É-lhe pedido que especifique os rejeitados da sua alimentação, observando-se desequilíbrio em quantidade e variedade dos alimentos, bem como grandes intervalos de jejum. Verbaliza que, para ela é mais importante a beleza que a saúde.

Manifesta desejo de iniciar CO para tratar as borbulhas, pedido já manifestado nas consultas anteriores. Reafirma que não pretende iniciar actividade sexual pois não tem nem quer ter namorado. Não se considera bonita.

Peso: 60 kg; altura: 1, 70; IMC: 21.

Diagnostico de enfermagem

1. Distúrbio da imagem corporal- Classe: Imagem corporal

relacionado com a percepção de “ estar gorda” e não aceitação de borbulhas na cara;
manifestado pelo desejo de perder peso e iniciar CO

2. Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais- Classe: Ingestão

relacionada com o desejo de perda de peso;
manifestada pela verbalização dos hábitos alimentares errados que faz e resultado das análises (anemia por deficit alimentar?)

3. Disposição para nutrição melhorada- Classe: Gestão da saúde

relacionada com o desejo de perda de peso e melhorias na autoimagem (cessação de borbulhas na face)
manifestada pela verbalização de sentimentos.

Intervenções de enfermagem

- Conhecer antecedentes da jovem, recolhidos pelos registos de enfermagem;
- Promover espaço de acolhimento e escuta activa;
- Observar análises clínicas;
- Recordar à M.N. como se processa a consulta médica e avaliar a possibilidade de a médica observar as análises hoje;
- oferecer a possibilidade de frequentar 2ª consulta de enfermagem neste mesmo dia;

- Conhecer hábitos alimentares da jovem;
- Mostrar e explicar a Roda dos alimentos;
- Verificar o IMC; e a diferença de peso em relação à consulta anterior;
- Mostrar disponibilidade para o acompanhamento de uma perda de peso saudável
- Para a próxima consulta:
 - Aprofundar a expressão verbalizada: “ a beleza é mais importante que a saúde.

Nota:

- A M.N. foi consultada neste dia pela médica e apresenta, contente, a receita da pílula Minigest

- Realizar ensino sobre a toma da pílula: Realizar ensino sobre a pílula: mecanismo de ação, posologia, possíveis efeitos secundários, toma simultânea com antibióticos ou outros medicamentos, esquecimentos da toma, existência de vômitos ou diarreia

- Entrega de uma caixa tripla de Minigest;

Consulta Dia 11- 11-2103

(Na presença de 2 enfermeiras)

A M.N. procura a nossa consulta para apresentar a preocupação de se encontrar com uma duração de período menstrual de 8 dias, acompanhado de dor mais intensa que a habitual.

Manifesta interesse em conhece melhor a Roda dos alimentos, especificando, em pormenor quais os alimentos que inclui e exclui da sua alimentação e as razões.

Manifesta desejo em alterar comportamentos alimentares. Assume que “ às vezes não como”

Avoca sentir, por vezes, fraqueza. Refere sentir uma dor no flanco esquerdo.

Refere realizar exercício físico (correr) à noite. Ingere água.

Afirma não gostar da sua barriga e das pernas, mostra a sua barriga, ao pedido da enfermeira.

Reage com choro a alguma abordagem e “ que não quer falar”.

Diagnóstico de enfermagem

1. **Perda menstrual mais prolongada que o habitual, acompanhada de dor-** Classe: conforto físico;

relacionada com a toma da pílula

manifestada pela procura de uma consulta

2. Confirma-se que a M. N. mantém a **Disposição para nutrição melhorada**, relacionada com o desejo de perda de peso; apresentando 2 comportamentos saudáveis: exercício físico e ingestão equilibrada de água.

Intervenções de enfermagem

- Conhecer e confirmar características da dor relacionadas com o período menstrual;
- Realizar contacto médico para manifestar a situação de resposta da pílula da M.N. e comunicar à M.N.
- Utilizar técnicas de ajuda de interpretação, reformulação e confronto da informação partilhada pela M.N.
- Realizar peso; avaliação de TA;
- Apurar quantidade e variedade de alimentos na sua dieta;
- Apurar alterações de percepção da auto-imagem corporal;
- Questionar o nº de roupa que veste e gostaria de vestir;
- Perceber o significado na saúde da M.N. de uma alimentação desequilibrada.
- Conhecer ideias estereotipadas sobre o aumento e a perda de peso:
- Conhecer o grau de motivação para alterar comportamentos alimentares;
- Conhecer hábitos alimentares da família;
- Informar sobre alimentação equilibrada: variedade e significado dos vários nutrientes para o metabolismo corporal e respectiva saúde. Apresentação dos riscos para a saúde e beleza perante o comportamento actual;
- Avaliar possibilidade de perda de peso, sem risco para a sua saúde (com verificação do IMC)
- Implicar a M.N. na responsabilidade de alteração de comportamentos alimentares;
- Realizar acordo terapêutico da escolha de alimentos, por parte da M.N. nas 5 refeições diárias. Fornecer plano diário de refeições por preencher.
- Propor a recolha por escrito do conseguido e não conseguido. Apresentação do plano individual, na próxima consulta de enfermagem.

Avaliação

A M.N. perdeu 2 kg de peso, em relação à consulta anterior. Pode ainda perder até 3 Kg, sem risco para a saúde e se fizer uma alimentação equilibrada.

Apresenta desejo de alterar comportamentos alimentares. Aceita com agrado o acordo terapêutico.

A sua médica assistente decide manter CO.

Consulta 14 de Novembro

(Na presença de 2 enfermeiras)

A M.N. apresenta o seu plano dietético de dois dias, apresentando introdução de alimentos nos 7 respectivos grupos de alimentos (cereais e derivados, hortícolas, fruta, lacticínios, carne e, pescado e ovos, leguminosas, gordura e óleos). Não se verificam excessos alimentares.

Apresenta refeições não realizadas, sobretudo ao pequeno-almoço, ao meio da manhã e da tarde.

Questiona a possibilidade de ingerir manteiga.

Quer continuar o plano terapêutico. Rectifica o seu pensamento dizendo que a saúde é mais importante que a beleza.

Diagnóstico de enfermagem

Disposição para aumento da tomada de decisão- Classe: Congruência de Valores/ Crenças/ Acções;

relacionada com a alimentação equilibrada;

manifestado pela vinda à consulta, partilha do plano terapêutico, e verbalização de: “ a saúde é mais importante que a beleza”.

Reflexão

A consulta de hoje foi diferente, pois o centro da consulta foi o comportamento alimentar da M.N.

Depois de ter contactado com jovens internadas em pedopsiquiatria por anorexia nervosa, a atitude desta jovem pôs-me em contacto com o possível início de uma perturbação alimentar (nos adolescentes). O entendimento da relação proporcional da beleza com o sucesso, e a beleza entendida num corpo magro, fá-las, de facto, ter comportamentos alimentares de risco para a saúde.

Penso nesta realidade, mais presente na cultura ocidental e nas medidas preventivas que a sociedade pode implementar, não só na dimensão das estruturas de saúde, mas também políticas, educação, mundo da publicidade, moda, as próprias propostas alimentares...

Penso nas potencialidades dos jovens em mudarem comportamentos, se motivados, e qual o lugar da família e da enfermagem nesta área...

Percebo a oportunidade de acompanhar esta jovem ao longo do estágio, nos ganhos em saúde que as intervenções vão tendo, e, sobretudo na motivação em continuar a ir às Consultas do *Sorri Jovem*...

9ª Consulta- S.S. 05-11-2013

A S.S. tem 17 anos, surge pela 6ª vez à nossa consulta, com necessidade de esclarecimento sobre se podia resolver o assunto da substituição do DIU, aqui no *Sorri Jovem* ou no Centro de Saúde Algueirão- Mem Martins, informação esta que já lhe teria sido respondida, mas que não foi entendida. A Enfª B. reforça que a jovem apresenta dificuldades de entendimento, talvez associadas ao idioma.

De registos de enfermagem, fico a perceber que esta jovem se encontra nas consultas desde **24- 09-2013**, procurando na 1ª consulta esclarecer dúvidas e relação ao DIU, que apelidava de Aparelho, que tinha sido colocado na Guiné, mas que lhe tinham dito que poderia sair do sítio e engravidar, pelo que procurou esclarecer-se. Nesta e nas consultas seguintes foi-lhe pedido ecografia, que confirma a deslocação do DIU, pelo que necessita ser substituído. Foi-lhe pedido também que trouxesse o Boletim de vacinas, pois nunca se chegou a perceber se estava actualizado.

Refere ter relações protegidas com preservativo.

Apresenta uma reacção simpática ao pensamento que lhe calhou do bule: “*Confio em mim mesmo/a, tenho, portanto, uma força positiva que me faz enfrentar o meu dia, que às, vezes, é diferente daquilo que espero.*”

E comenta , na consulta: “ Eu preciso disto. Não posso confiar nas minhas amigas. Preciso disto para o meu futuro.”

Diagnóstico de enfermagem

1. Comportamento de procura de saúde- Classe: Percepção da saúde

*relacionado com substituição do DIU,
manifestado com procura de consulta médica.*

2. Comportamento de procura de saúde- Classe: Percepção da saúde

*relacionado com prevenção de uma gravidez e de IST's
manifestado na solicitação de preservativos*

3. Processos de pensamento perturbados- Classe: Cognição;

*relacionados com dificuldades do idioma português;
manifestados pelo motivo da consulta*

Intervenções de enfermagem

- Conhecer antecedentes da jovem, recolhidos pelos registos de enfermagem
- Explicar pausadamente e de forma explícita como pode resolver a situação de substituição do DIU;
- Validar o método contraceptivo que pretende utilizar;
- Fornecer preservativos

Reflexão

A dificuldade desta consulta, deveu-se à questão da dificuldade da S, entender o português, exigindo uma maior atenção à comunicação, que me fez recordar os meus dois últimos anos, em Angola, em que grande desgaste das consultas de enfermagem, se devia às tentativas de me fazer entender e solicitar pessoas que soubessem traduzir o que eu pretendia para a sua língua ou dialecto.

Creio que para a S. esta dificuldade lhe devia trazer grandes condicionamentos a vários níveis, que nós profissionais de saúde, deveremos ter em conta quando atendemos pessoas com nacionalidades diferentes da nossa, se de facto sabem português e que nível de entendimento do mesmo.

10ª Consulta- M.J- 05-11-2013

A M.J. nasceu a 24-06-1993 e surge na consulta de enfermagem para solicitar a pílula *Harmonet* e receber orientação, se pode ficar descansada com a decisão que tomou, de ao não ter tido o período menstrual, na pausa da pílula, como é habitual, e decidir seguir o esquema norma, retomando após 7 dias de pausa.

Refere dor na região suprapúbica, e receio de apresentar infecção urinária, ligeiro ardor. (já teve anteriormente infecções urinárias).

Refere que não está grávida, pois não iniciou a actividade sexual, e que não gostou da afirmação da médica de família da mãe, que lhe apresentou a situação da irregularidade do período menstrual, e que esta lhe disse que a M. J. estava a mentir; a mãe porém respondeu-lhe que confiava na filha e que esta não lhe iria enganar.

Tem namorado há 1 ano.

De registos anteriores a M.J nasceu a 24-06-1993, e apresentou-se a primeira consulta no *Sorri Jovem* a **30-06-2009**, com 16 anos, acompanhada da irmã. Nesta consulta refere irregularidades menstruais e fluxo abundante pedindo CO. É feita Educação para a Saúde e são-lhe dados panfletos sobre o tema.

De 18 consultas em que estava presente, apresenta-se na consulta solicitando a pílula sendo abordados ao longo das consultas questões relacionadas com efeitos secundários, afirmando em todas as consultas que não iniciou a actividade sexual. Em Abril deste ano realizou ECO mamária. Já não estuda, tendo concluído o 9º ano, e ganha algum dinheiro tomando conta de um bebé de uma vizinha.

Diagnósticos de enfermagem

1. Comportamento de procura de saúde- Classe: Gestão da saúde

relacionado com alteração do padrão habitual de período menstrual (amenorreia);
manifestado pelo pedido de informação

2. Dor aguda - Classe: Conforto

relacionado com ardor à micção e possível infecção urinária,
manifestado pela verbalização

3. Gestão eficaz do regime terapêutico- toma adequada da pílula- Classe:

Percepção da saúde:

relacionado com a regularização do período menstrual;
manifestado, pela sua solicitação no *Sorri Jovem*

Intervenções de enfermagem

- Escutar empaticamente;
- Validar a inexistência de risco de gravidez;
- Tranquilizar, confirmando a assertividade da opção tomada;
- Apresentar disponibilidade para futuras dúvidas;
- Orientar para consulta médica para avaliar presença de infecção urinária ou outros problemas.
- Fornecer pílula

Reflexão

Esta jovem chamou-me a atenção pela assiduidade às consultas, e a possibilidade de necessitar de confirmação de estar a fazer uma opção certa em tomar a pílula para as irregularidades menstruais, dadas as perguntas colocadas nas várias consultas sobre os efeitos secundários da mesma. Parece estar satisfeita com as consultas do Sorri Jovem...

O facto de não ter iniciado a actividade sexual, também me chama a atenção mostrando a possibilidade de existir no casal de namorados responsabilidade nesta opção.

Interessante também a relação que a M. terá com a mãe, de confiança em lhe apresentar as suas preocupações e a mãe manifestar à médica de família que confia na sua filha.

11ª Consulta- G.R.- 05-11-2013

O G. R. tem 17 anos, é estudante, encontra-se na consulta do *Sorri jovem*, juntamente com outro jovem, da mesma escola, encaminhados pelo C.S., solicitando preservativos para distribuir na sua campanha escolar de lista da associação de Estudantes. Aceita, aproveitar e realizar uma consulta de enfermagem, a convite da enfermeira.

Diagnósticos de enfermagem

3. **Comportamento de procura de saúde para os jovens-** Classe: Percepção da saúde

relacionado com a prevenção de uma gravidez não desejada e de transmissão de IST's

manifestado na solicitação de preservativos

4. **Comportamento de procura de saúde-** Classe: Percepção da saúde

relacionado com aceitação da consulta de enfermagem

Intervenções de enfermagem

- Explicação dos objectivos do *Sorri Jovem*, ampliando os horizontes da consulta, para o âmbito da saúde em geral;
- Avaliação da TA e IMC;
- Fornecimento dos preservativos

Reflexão

Esta consulta tornou-se interessante pela proposta que é feita pelos profissionais, aos jovens, que não a procuraram, apenas tinham sido encaminhados para ir ali solicitar preservativos.

Considerando que a adolescência e a juventude são os períodos mais saudáveis do ser humano com menores índices de morbi- mortalidade em relação a outros grupos etários²⁰

Não são pessoas doentes nem se consideram doentes, a Consulta do *Sorri Jovem* é desafiada a criar formas de tornar válidos os seus objectivos: promover estilos de vida saudáveis, identificar comportamentos de risco; otimizar os recursos de cada jovem, através da participação na sua própria saúde e da responsabilização pelas suas escolhas.

É assim que a presença do G. no Sorri Jovem constitui, como refere o Guia Orientador de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, oferece uma oportunidade ímpar para potenciar as aprendizagens de condutas e comportamentos que promovem a saúde e previnem a doença.²¹

Existe ampla evidência sobre a importância das estratégias de promoção, prevenção e intervenções precoces na área da saúde mental da infância e da adolescência²², e constitui plano de acção para a reestruturação dos serviços de Saúde Mental de Portugal, desenvolver serviços e programas a nível da prevenção e promoção de estilos de vida saudável no adolescente²³

Os Centros de Saúde constituem Serviços de Saúde privilegiados no que se refere à promoção de saúde no adolescente, por pelo menos 3 razões:

- 1- o seguimento da saúde/ doença mental em cuidados primários de saúde ser menos estigmatizante e discriminatório²⁴;
- 2- possuem os recursos necessários a uma intervenção na comunidade, pelo conhecimento das famílias e recursos locais²⁵;

²⁰ Cf. Ordem dos enfermeiros- **Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica..** Cadernos OE, Série I, nº 3, vol 1, 2010, p. 13.

²¹ Cf. Ordem dos enfermeiros- **Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica..** Cadernos OE, Série I, nº 3, vol 1, 2010, p. 13.

²² Cf. Ministério da Saúde- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental - **Relatório Proposta plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde Mental em Portugal 2007-2016**, p. 98. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/relatorio+saude+mental.htm>

²³ Plano Nacional de Saúde Mental, 2007-2016. Resumo executivo, Coordenação Nacional para a saúde mental, p. 24. 29.

²⁴ Ibidem, p. 26.

3- se tornar necessário “não desperdiçar” e “rentabilizar” a presença destes mesmos adolescentes nos Serviços de Saúde;

12ª Consulta A.C. – 06-11-2013

A.C. vem pela 2ª vez à nossa consulta, a 1ª tinha sido a 16-08- 2013, encaminhada do Centro de Saúde Algueirão Mem Martins, do Planeamento familiar, por ruptura do stock de pílulas. Nesta mesma primeira consulta, foram-lhe apresentados os objectivos do Sorri Jovem e validados alguns conhecimentos sobre a CO. Com IAS aos 15 anos.

Solicita a pílula Diane 35. Não apresenta dificuldades na toma.

Ao questionamento sobre a necessidade de preservativos, responde com verbalização de muitos sentimentos, intercalados com choro:

- Quando tem relações sexuais, embora afirme que agora não tem, considera importante proteger-se com o preservativo, pois não quer apresentar nenhuma DTS's, como o avô materno, que contraiu SIDA, devido aos seus comportamentos de risco (“ levava muitas namoradas para casa”), e que agora encontra-se magro e com a saúde muito afectada, mesmo fazendo vários tratamentos. Informa que o avô não sabe que ela tem conhecimento sobre a sua situação de saúde. A mãe partilhou com ela.

- Não tem uma relação boa com os pais. Com a mãe, porque ela não é capaz de enfrentar a situação dos pais não se entenderem, e “ não entendo porque eles têm relações sexuais. É uma hipocrisia. Não sei porque não se divorciam.” Não aceita o facto da mãe fumar, pois além de lhe fazer mal à saúde, o dinheiro faz falta para outras coisas. Apresenta o valor, por ano, que a mãe pouparia se deixasse de fumar. Afirma, contente que o conseguiu fazer quando esteve grávida da A.C., o que não aconteceu com o seu irmão. Reprova na mãe, ficar na cama durante a manhã, e não cozinhar, tendo a A.C. de ao fazer, algumas vezes. Com o pai, custa-lhe a exigência que este manifesta em relação aos resultados dos estudos, que em algumas situações, para ela são satisfatórios, pois não consegue mais. Custa-lhe o controle que o pai exerce sobre as suas saídas ou demoras na escola, não acreditando nela, quando diz por exemplo, que ficou na escola porque um professor lhe pediu ajuda para algo. Assume que existe dificuldade em expressar os seus sentimentos com o pai. Acredita e vê que o pai anda demasiado preocupando com as despesas familiares, sobretudo nesta fase de crise económica. Refere não entender a “colecção” (sic) de carros que o pai tem. Embora relacionado com a sua profissão, não compreende que o pai queira preservar algum carro, quando não existe dinheiro para outras coisas.

²⁵ Cf. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional para Saúde Mental- **Recomendações para a prática clínica de saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários.** 2009, p.7.

- Refere não passar fome.
 - Percebe que as despesas da casa aumentam nas necessidades que os cães apresentam, de alimentação e de veterinário. (3 cães pitbull e uma cocker). Este assunto é caro para a A.C. pois afirma que os pilares da casa são os cães. “ Pelos menos com eles converso e entendo-me”. Das 3 vezes que fala do agregado familiar inclui os cães.
- Em termos de futuro gostava de seguir Direito, não para ser advogada mas Juíza, para “mandar, e não ser mandada” (sic), ou seguir hotelaria.

Refere que fez um check up em Janeiro deste ano (2013) e que estava tudo bem.

a A. C. refere não ter feito a 3ª dose da vacina Gardesil, porque o pai se opôs, com o argumento de não acreditar no seu efeito.

Diagnóstico de enfermagem

- 1. Gestão eficaz do regime terapêutico-** toma adequada da pílula- Classe: Percepção da saúde:

Relacionado com o facto de não querer engravidar,
Manifestado, pela sua solicitação no Sorri Jovem

- 2. Comportamentos de procura de saúde** - Classe: Percepção da saúde:

Relacionado com prevenção de IST's e de uma gravidez não desejada
Manifestado pelo uso habitual de preservativo

- 3. Processos familiares disfuncionais**, Classe: Relações familiares

Relacionados com dificuldade de diálogo e entendimento com os pais, manifestados pela verbalização de sentimentos expressos em “o pilar da casa são os cães. Pelos menos eles entendem-me”.

- 4. Conflito no desempenho do papel de cuidadora da casa-**Classe: desempenho de papel

Relacionado com as rotinas da mãe (durmir de dia,), gastar o dinheiro em tabaco, abster-se em cozinhar;
Manifestado pela verbalização da A.C.

- 5. Risco de solidão**, Classe: auto-conceito

Relacionado com a verbalização de: “o pilar da casa são os cães. Pelos menos eles entendem-me, manifestado pela tristeza e pelo choro

Intervenções de enfermagem

- Escutar empaticamente;
- Valorizar comportamentos de prevenção de doenças, do entendimento da sexualidade como afectividade;
- Avaliar e validar conhecimentos sobre Sida. Aprofundar informação sobre a relação com avô.
- Valorizar a partilha de sentimentos com os profissionais do *Sorri Jovem*;
- Avaliar risco de suicídio;
- Acompanhar mais de perto a jovem (realizar telefonema dentro de 1 mês);
- Fornecer pílula e preservativos
- Na próxima consulta de enfermagem, recolher informação sobre a existência de namorado, de amigos ou familiares próximos.
- Marcar consulta de enfermagem

Reflexão

Esta consulta de hoje constituiu uma das que mais me confirmou a importância dos Cuidados de Saúde Primários, e da consulta de enfermagem do Sorri Jovem como espaço de saúde mental (na escuta terapêutica) e prevenção da doença mental, como a depressão. Constitui-se, portanto, espaço de *intervenções de enfermagem na prevenção da depressão no adolescente*, tema este estudado no trabalho de investigação, no presente curso. Por isto apelidei o Sorri Jovem como **pérola**.

Por outro lado, as intervenções que vejo realizarem-se nesta consulta, e as que eu mesma vou realizando e planeando, fazem-me pensar que avaliação é possível realizar dos ganhos em saúde, nesta população, que resultam das intervenções de enfermagem.

Fiquei surpreendida com o grau de maturidade desta jovem em procurar estratégias de equilíbrio de afectividade familiar nos desafios que a crise económica está provocar, referindo-se à gestão económica, à necessidade de diálogos entre os elementos da família, na procura de comportamentos preventivos de saúde.

Pensei na oportunidade do Sorri Jovem em pensar projectos de educação para a saúde, para fortalecer os adolescentes nas estratégias de coping perante as adversidades da vida

Reflecti no significado de controle dos pais em relação à vida dos seus filhos, numa intenção de protecção, mas mal entendido pelos filhos. Cogitei nos desafios que os pais hoje enfrentam, na educação dos seus filhos...

Confirmei na necessidade de trabalhar em mim as técnicas de relação de ajuda.

Confirma-me que tem sentido a acção de formação sobre o namoro e a sexualidade e a tomada de decisões, programadas para este estágio.

13ª consulta- M.R. 14-11-2013

A M. R. nasceu a 13-02-1998, estuda no 10º ano, e vem à consulta, juntamente com a mãe, em acordo de ambas, pois desde a menarca que tem períodos menstruais irregulares, tendo a indicação do médico que aos 15 anos, poderia procurar uma consulta, se a situação se mantivesse, tendo o Centro de Saúde encaminhado para o *Sorri Jovem*.

A M. refere que há 3 meses que se encontra em amenorreia; não tem dores.

A mãe da M, refere que também está preocupada com a perda de peso da M., pois há cerca de 1,5 ano pesava mais 10 kg, pois “comia tudo o que lhe apetecia, e agora controla mais os doces” (sic). Refere que não houve mais nenhuma alteração alimentar. Bebe pouca água. a M. refere que na opinião dela não há razão para a preocupação da mãe, porém na avaliação do IMC, percebe que se encontra com peso baixo (44 kg, 1,59 m, de altura). Não foi possível apurar a possibilidade de vômitos provocados, ou outros comportamentos relacionados com possível distúrbio de comportamento alimentar. A M. por vezes passa cerca de 5 horas sem comer nada. A mãe refere que ela é um pouco ansiosa, sobretudo na véspera dos testes. Dorme bem. Refere ter um rendimento escolar médio.

A M. tem um irmão com 9 anos.

Diagnóstico de enfermagem

1. **Comportamento de procura de saúde-** Classe: gestão da saúde,
relacionado com irregularidade menstrual e amenorreia,
manifestado na procura da consulta

2. **Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais-** Classe: Ingestão
relacionada com comportamentos alimentares desequilibrados (5 horas sem comer,
ingestão de pouca água)
manifestada pela IMC

Intervenções de enfermagem

- Explica à mãe e à M. objectivos do *Sorri Jovem* e preservação da confidencialidade da consulta do adolescente;
- Explicar encaminhamento da M. para consulta médica;
- Conhecer hábitos alimentares;
- Pesquisar hábitos de vida não saudáveis;
- Avaliar TA e IMC
- Avaliar reacção da M. ao valor do IMC e perceber motivação para mudança de comportamento alimentar;
- Para a próxima consulta:
 - Questionar a M. sobre assuntos sobre os quais ela não se sentiu à vontade para verbalizar, na presença da mãe;
 - Preencher restantes tópicos da entrevista.

Reflexão

Esta consulta de enfermagem, com a presença da mãe da jovem, constituiu algo novo, pedindo capacidade de comunicar, de forma aberta, as características da consulta do *Sorri Jovem*, mas não deixando de integrar o papel da mãe, no acompanhamento da filha e do seu problema de saúde. Perante a questão em causa, não se revelaram dificuldades, mas, em diálogo com as enfermeiras, existe, sim, situações em que a deontologia profissional exige um maior cuidado, em questões, que por si são por vezes complexas, sobretudo quando existe um maior risco para saúde do jovem.

A perda de peso associada à alteração do padrão alimentar anterior, recordou-me as várias situações de jovens, internadas na pedopsiquiatria por anorexia nervosa e as história e evolução destas situações, que numa fase inicial, são por vezes vistas pelos pais ou educadores, como normais, na idade da adolescência, havendo dificuldade em avaliar comportamentos purgativos; porém esta mãe, automaticamente, fez questão de nos informar, que lhe parecia não existirem, na M.

Percebe-se portanto, o contributo dos CSP na detecção precoce destas e outras situações que por muita dedicação que haja na família, podem passar despercebidas

M. P.

O Miguel surgiu na nossa consulta a convite de uma consulta de enfermagem de vigilância de saúde, pois vinha a acompanhar a sua namorada T., que esta sim, procurou o *Sorri Jovem*.

O M tem 19 anos é natural do Cacém e namora com a T. há algum tempo e diz que vieram ao *Sorri Jovem* para um acompanhamento de perto da contraceção. Também lhe tinham dito que neste espaço se davam preservativos.

Refere que a situação actual do M. e da T. não é propícia a terem um filho, ainda que queiram.

O M. não me sabe dizer com certeza se tem as vacinas em dia, mas acha que sim.

Pensa ser saudável, embora questione a sua perda de peso, nos últimos meses. Tem muito apetite e come frequentemente, parece porém que se alimenta sem regra nutricional, mas na próxima consulta ficámos de rever esta questão. Pesa 60 kg e mede 1, 82, pelo que tem peso baixo. Refere que se sente bem de saúde.

O M. fuma e pratica desporto.

Tem um irmão mais velho que ele 10 anos, divorciado, e refere não ter uma relação próxima com ele, “ pelas porcarias que ele fez lá em casa”. Refere ter uma boa relação com a mãe, que “ lhe conta tudo” (sic)

Estava a tirar um curso de empregado de mesa, tal como a namorada, mas teve de interromper, para trabalhar para ajudar economicamente as despesas familiares, pois os pais encontram-se sem emprego. A mãe vai ser operada e diz que o pai também não é muito saudável.

Previo tirar a carta, e já tinha dinheiro de parte, mas teve de ceder pois havia contas para pagar, em casa.

Diagnósticos de enfermagem

1. **Comportamento de procura de saúde**- Classe: Gestão da saúde

relacionado com a prevenção de uma gravidez não desejada e de IST's
manifestado, pela sua solicitação de consulta para planeamento familiar e de preservativos

2. **Padrão ineficaz de alimentação do M.**-Classe: Ingestão

relacionado com provável regime alimentar desequilibrado;
manifestado por peso baixo.

3. **Disposição para melhorar o estado de imunização**- Classe: Riscos ambientais
relacionado com a actualização do plano de vacinação

Intervenções de enfermagem

- Explicar objectivos do Sorri Jovem;
- Pedir para o M. trazer o Boletim de Vacinas, para a próxima consulta para verificar a sua actualização;
- Reforçar positivamente a procura do casal de namorados para a procura de uma consulta de planeamento familiar e explicar os procedimentos;
- Oferecer ao casal panfletos sobre contracepção, vacinação, uso de preservativos;
- Questionar se deseja a próxima consulta de enfermagem junto com a namorada;
- Avaliar TA e IMC;
- Avaliar presença de ansiedade no M., relacionada com a perda de peso e questioná-lo da sua avaliação das causas sobre esta perda de peso;
- Perceber a motivação do M. para uma consulta de vigilância médica para possíveis exames auxiliares de diagnóstico;
- Fornecer preservativos;
- Realizar educação para a saúde sobre prevenção de IST's e estilos de vida saudável

Avaliação

- O M. manifesta colaboração numa consulta que não estava a à espera. Concorda com a necessidade de uma consulta de vigilância médica para despistar algum problema de saúde relacionada com a perda de peso.
- Manifesta que gostaria de deixar de fumar, considerando que há dias que fuma pouco (4/ 5 cigarros por dia)
- O M. marcou consulta médica e de enfermagem para o mesmo dia.

T. N.

A T. tem 19 anos, é natural de Mem Martins, vive com a mãe, que se separou recentemente do pai. Tem mais dois irmãos: irmã com 11 anos e irmão com 10, referindo que estes não sentiram tanto o impacto da separação como ela, mas refere que vê esta decisão dos pais como boa pois “não se entendiam; discutiam muito” (sic). Refere que tem uma mãe muito jovem, com 34 anos (foi mãe adolescente). Não tem, e nunca teve, uma relação muito próxima com o pai.

A T. está a tirar um curso de empregada de mesa, faltando-lhe 6 meses para terminar. Está a estagiar num hotel, e há dias em que se sente cansada. Refere que dorme bem, “ até demais” (sic). A T. refere que tem artrite desde os 3 anos, não lhe causa muitas limitações, só quando está muito tempo de pé, às vezes toma algum anti-inflamatório.

É fumadora. Refere que tem as vacinas em dia.

Em relação ao motivo de procura da consulta do *Sorri Jovem*, refere que, o namorado e ela decidiram a contraceção oral, coisa que ela já tinha feito, mas sem acompanhamento médico, pois a mãe que trabalha num Hospital, tinha adquirido umas pílulas e disse-lhe para ela tomar, mas que não se deu muito bem.

À hora da consulta: 16.00 horas, tanto a T. como o M. ainda não tinham almoçado. Concorda que não é um comportamento saudável “mas às vezes acontece”. Abordámos a T. sobre a perda de peso do M. não manifestando grande preocupação.

Concorda que seja bom o M. realizar uma consulta médica e fazer alguns exames auxiliares de diagnóstico.

Manifesta que vê o M. satisfeito por ter ido à consulta, pois “nem queria entrar no *Sorri Jovem*”. (sic)

Diagnóstico de enfermagem

1. Comportamento de procura de saúde- Classe: Gestão da saúde

relacionado com a prevenção de uma gravidez não desejada e de IST's manifestado, pela sua solicitação de consulta para planeamento familiar e de preservativos

Intervenções de enfermagem

- Explicar objectivos do Sorri Jovem;

- Reforçar positivamente a procura do casal de namorados para a procura de uma consulta de planeamento familiar e explicar os procedimentos;

- Avaliar TA e IMC;
- Perceber o contexto do abandono da pílula anterior;
- Explicar como se realiza a consulta médica;
- Realizar educação para a saúde sobre prevenção de IST's e estilos de vida saudável
- Avaliar na próxima consulta quantidade de cigarros por dia e motivação para deixar de fumar.

Reflexão

Penso mais uma vez no desafio de realizar diagnósticos de enfermagem para pessoas saudáveis, e em como se pode tornar fonte de saúde validar comportamentos saudáveis, valorizar potencialidades que existem nas pessoas, aconselhar...

Esta entrevista na recta final do estágio revelou-se interessante, não só pelo facto de ser um casal de namorados que quer assumir uma relação responsável, como por perceber, mais uma vez, que neste espaço se podem detectar precocemente problemas de saúde no geral (Não que esteja a pensar que este jovem M. tenha algum problema relacionado com a perda de peso e magreza, mas não é impossível, pelos menos faz-se despiste).

Torna-se interessante perceber a pedagogia necessária para validar a consulta de enfermagem a um adolescente, quando esta não é procurada e a jovem até se perceber com saúde.

Penso nos Indicadores de enfermagem das intervenções de enfermagem do Sorri Jovem, em como por exemplo se podia perceber a partir de motivos ocultos identificados pelos enfermeiros e que foram identificados e atendidos precocemente...

Quadro 3- Guia orientador das consultas de enfermagem, *Sorri Jovem, Outubro Novembro 2013*

Aceitação corporal/ auto-conceito	Padrão alimentar	Existência de problema ético	Existência em mim, ou no outro de mecanismos de defesa	Afectividade/ namoro/ sexualidade/ Contracepção- significados/ conhecimento sobre DST's
Intervenções de ajuda: escuta activa, reformulação, interpretação, personalização, auto- revelação, confronto, iniciação, etc	Educação para a saúde realizada	Necessidade escuta. expressa valores, crenças, comportamentos, dificuldades, interesses	Resposta de ajuda: moralista, interpretativa, consoladora, investigadora, solução imediate, empática	Aparência e Postura, Humor, linguagem...
<p>Manifestação da minha autenticidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - não disse o que não acredito; - Confrontei o adolesec. onde senti falta de clareza ou percebi contradição - comuniquei sentimentos próprios (auto-revelação) onde considerei que ao mostrar a pp vulnerabilidade contribuiu para o bem estar do ajudado, ainda q não seja o objectivo da relação de ajuda; - fui clara na relação, enfrentei alguma situação que me podia trazer risco de transferência 			Despedida: confirmação da compreensão e aceitação do contrato terapêutico...	Diálogo estabelecido a partir das frases sobre as competências pessoais

Anexo 16- Relação de Ajuda



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e
Psiquiatria**

**Relação de Ajuda
no contexto da
Consulta de enfermagem do adolescente**

**Trabalho de pesquisa, no âmbito do ensino Clínico, módulo I:
Promoção de estilos de vida saudáveis,
diagnóstico e prevenção na Comunidade**

Margarida Tavares Morais, aluna nº 192012013

Introdução

Paulo Macedo (2013) Ministro da Saúde, afirmou ainda há poucos meses, num debate na UCP Porto, que entre os profissionais de saúde que integram as equipas multidisciplinares, a OMS considera que os *enfermeiros* são aqueles que, pela formação específica e vocação que detêm, **estão melhor posicionados para avaliar globalmente as necessidades em cuidados de saúde das pessoas** e mobilizar os recursos (internos e externos), tendo em conta, não só as expectativas dos utentes, mas também a adequação e a rentabilização dos meios.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), plasmado no Decreto-lei nº 161/ 96, de 4 de Setembro, define que *os cuidados de enfermagem* são caracterizados por terem por fundamento uma interação entre o enfermeiro e utente; estabelecerem uma Relação de Ajuda com o utente, utilizarem uma metodologia científica, e englobarem, de acordo com o grau de dependência do utente, uma variedade de actuação.²⁶

O processo de enfermagem é o método eficiente de organização de processos de pensamento, para a tomada de decisões, através do qual é aplicada a prática de enfermagem, com o propósito de contribuir na qualidade de assistência ao cliente, prática esta orientada por habilidades e competências cognitivas, técnicas e interpessoais²⁷

A aplicação do processo de enfermagem, portanto a assistência profissional prestada ao indivíduo, aparentemente sadio ou em tratamento ambulatorial²⁸, como afirma Wanda Horta, constitui a essência da *consulta de enfermagem*.

SORRI JOVEM. CONSULTA DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE

A promoção de estilos de vida saudáveis, a identificação de comportamentos de risco e a optimização dos recursos pessoais de cada jovem (através da participação na sua própria saúde e da responsabilização pelas suas escolhas) constituem-se como objectivos gerais do atendimento no *Sorri Jovem*, objectivos estes traçados para a consulta de enfermagem.

O referencial teórico- científico da consulta, intervenção autónoma do enfermeiro²⁹, é fundamentado em objectivos operacionais pautados em elementos de abordagem social,

²⁶ **Regulamento do exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)**. Artigo 5. Cf. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf

²⁷ Cf. SILVA, Suzana et al- **Sistematização da assistência de enfermagem ao adolescente: consulta de enfermagem**, Ver enferm UFPE on line. 2007 jul/ set; 1(1), p. 2.

²⁸ HORTA, Wanda de Aguiar- **Processo de enfermagem**. E.P.U. Editora Pedagógica e Universitária LDA. 2005, p. 68.[http://moodle.stoa.usp.br/file.php/1342/Livro - Processo de Enfermagem - Wanda Horta 1 .pdf](http://moodle.stoa.usp.br/file.php/1342/Livro_-_Processo_de_Enfermagem_-_Wanda_Horta_1_.pdf)

²⁹ **Regulamento do exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)**. Artigo 9.

clínica e psicológica da saúde do adolescente, compondo-se de processos de interação, investigação, diagnóstico e intervenção³⁰.

Nestes processos, a Relação de Ajuda surge como intervenção de enfermagem eficaz que vai além de uma conversa amigável junto da pessoa que procura ajuda, pois ela assenta em princípios de valorização da pessoa do outro e da crença nas suas potencialidades para resolver, de forma autónoma, os seus problemas. Por isso ela é terapêutica.

Quem chancelou a expressão de *Relação de Ajuda centrada na pessoa* foi Carl Rogers (1902-1987), considerado como o psicólogo humanista, caracterizada por uma orientação compreensiva das diferentes dimensões da pessoa. O modelo rogeriano de Relação de Ajuda baseia-se, portanto, no acompanhamento a quem tem um problema, à sua identificação e à realização de um processo pessoal, autónomo, descobrindo os próprios recursos para a sua abordagem. A hipótese central consiste em afirmar que cada pessoa possui, em si mesma, amplos recursos para a auto-compreensão e para a modificação de atitudes e que o acompanhamento é um processo de ajuda a identificar as capacidades bloqueadas e a mobilizá-las.³¹

Por curiosidade, existe um debate ainda não resolvido da relação e diferença entre *Relação de Ajuda, Counseling e Psicoterapia*, a Relação de Ajuda é um conceito amplo, aplicável também às relações no âmbito da saúde (como o é também no âmbito da educação, da terapia, etc.). Em todo o caso, o substrato (as atitudes e destrezas), parecem coincidir e com muita frequência se intercambiam as palavras.³²

Aplicada ao mundo da saúde, fala-se de Relação de Ajuda, como conjunto de atitudes e destrezas que o profissional conhece, interioriza e desenvolve na relação terapêutica.³³

Podemos dizer também que o âmbito de aplicação da Relação de Ajuda não fica reduzido ao mundo das relações com as pessoas em condições de vulnerabilidade que pedem ajuda, mas vem a converter-se num “modo de ser”, um “modo de trabalhar” qualificado porque, no fundo, aquele que trabalha interdisciplinarmente o pretende deliberar, também, de alguma maneira, “procura ajuda³⁴”.

³⁰ SILVA, Suzana et al - **Sistematização da assistência de enfermagem ao adolescente: consulta de enfermagem**, Ver enferm UFPE on line. 2007 jul/ set; 1(1), p. 2.

³¹ Cf. SANTOS, Cecília Borja- **Abordagem centrada na pessoa**. Psilogos. Revista do serviço de psiquiatria do Hospital fernado Fonseca. Disponível em, http://www.psilogos.com/Revista/Vol1N2/Indice2_ficheiros/Santos.pdf

³² BERMEJO, José Carlos-**Apontamentos para uma introdução ao counselling em saúde. Comunicação e saúde**. UCP, 2013, p. 7.

³³ BERMEJO, José Carlos-**Apontamentos para uma introdução ao counselling em saúde. Comunicação e saúde**.UCP, 2013, p. 7.

³⁴ BERMEJO, José Carlos-**Apontamentos para uma introdução ao counselling em saúde. Comunicação e saúde**.UCP, 2013, p. 12.

As consultas de enfermagem no *Sorri Jovem* têm suscitado reflexões de várias dimensões desta Relação de Ajuda.

Irei confrontando as situações vivenciadas com as leituras e reflexões que vou fazendo:

Confiança

Um casal de namorados procurou a nossa consulta, no objectivo de se orientarem na sua sexualidade e contracepção. Não pertencem à área abrangida pelo Centro de Saúde (a consulta do SJ também não exige isto), mas a jovem diz: “ Não quero ir mais àquela enfermeira, pois senti-me evadida pelas suas perguntas.”

Uma outra jovem, durante a consulta, à questão de se lhe perguntar como dormia durante a noite, responde: “ Eu sou acordada durante a noite; se lhe disser que por espíritos, não vai acreditar, certo?”

Percebo o lugar da confiança como coluna vertebral da relação terapêutica. O grau de confiança de uma pessoa sobre outra que a ajuda é directamente proporcional à experiência que se faz de se sentir acolhido e não julgado. A confiança é, portanto, elemento crucial na comunicação terapêutica.

Se os adolescentes perdem a confiança nos profissionais que os acompanham, deixam de ir à consulta, deixam de ser sinceros nas suas respostas, deixam de se implicar verdadeiramente no seu processo de saúde e crescimento.

A consulta de enfermagem, como afirma Regina Silva e Rosângela Amorim, constitui-se como um mediador na conquista da confiabilidade entre enfermeiro e adolescente³⁵. Tal como eu mesma tenho constatado, muitas vezes, os adolescentes procuram o serviço de saúde, com sintomas comuns, que escondem o real motivo de sua presença na consulta. A confiança e o acolhimento progressivo que sentem permite-lhes expor os seus pensamentos, sentimentos, dúvidas, etc.

por fim, acrescentar, ainda que a confiança não deve ser presumida, mas tem de ser ganha.

No *Sorri Jovem* observei várias intervenções favorecedoras do estabelecimento de uma relação de confiança:

- O acolhimento e a disponibilidade horária das enfermeiras com todas as pessoas que se deslocam ao Sorri Jovem;
- Esforço por identificar os adolescentes que procuram as consultas esporadicamente, para promover a continuidade de intervenções;

³⁵ SILVA, Regina Maria Araújo da; AMORIM, Rosângela- **Consulta de enfermagem: um mediador na conquista da confiabilidade entre enfermeiro e adolescente resultando numa assistência de qualidade.** Comunicação no 61º Congresso Brasileiro de enfermagem” Transformação social e sustentabilidade ambiental, 07 a 10 de Dezembro de 2009. Trabalho 3180- ¼. Disponível em http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/02346.pdf

- Cumprimento de um horário de atendimento, pré-estabelecido;
- Esforço por conseguir o mais cedo possível uma consulta ou um exame de diagnóstico;
- Toda a relação de ajuda durante as entrevistas.

Escuta activa

Uma jovem, na consulta: “Estou com níveis elevados de ansiedade (...) não sinto vontade de me levantar para ir à escola, tenho 27 trabalhos atrasados, a professora é muito exigente connosco (...) eu até percebo porque ela quer formar bons alunos, mas o facto de eu mudar de turma, eu não estou preparada para esta exigência (...) não tenho muitos amigos (...) reconheço que tenho uma auto-estima baixa, embora esteja melhor (...) o meu pai encontra-se internado com um depressão, eu não sabia que estava assim doente “. De ressaltar que a jovem por vezes chorou ao se expressar...

A escuta activa constituiu uma condição de possibilidade para compreender o outro, sendo mais que uma técnica, uma virtude ética ou um hábito³⁶. Sendo uma arte, o qualificativo activa aplica-se à escuta porque não se trata de um mero ouvir superficial, mas o acolhimento de significados e da experiência peculiar da pessoa a que se quer ajudar, de tal modo que o outro experimente que está a ser acolhido, exigindo acções como perceber, pensar, sentir, actuar, adaptar o corpo, e um grande silêncio interior.

A escuta é também, como refere Phaneuf, sinónimo de disponibilidade temporal, intelectual e efectiva, sendo disponibilidade interior para estar pronto a acolher o que diz o outro.

Exige atenção para, entre outras, as não distractibilidades com o ambiente à volta, as preocupações que existem na nossa vida, o resistirmos a interpretações precipitadas ou a atenção às nossas vulnerabilidades.³⁷

Empatia terapêutica

A M. vem, pela 2ª vez, á nossa consulta, tendo iniciado há 15 dias a CO. Tinha-lhe dito que quando quisesse poderia ver à nossa consulta para conversarmos sobre a sua preocupação em perder peso. (tem 1, 70 e pesa 57,0 Kg; IMC: 21.

“-Olá M. Bom dia, já nos conhecemos verdade? Então? veio para conversar sobre o assunto da alimentação?

- Sim, mas não só. É que estou com menstruação há mais de oito dias, não sei o que se passa, antes eram só uns 4 dias. Vim saber se é normal?

³⁶ Cf. BERMEJO, José Carlos- **Empatia terapêutica: La compasión del sanador herido**. España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A., 2012, p.88.

³⁷PHANEUF, Margot- **Comunicação, entrevista, Relação de Ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005, p. 333

-sim (...) Diga-me então quando iniciou a pílula? (...)

Tentamos esclarecer esta situação, e encaminhámos a situação para a médica assistente. Entretanto surge o outro tema:

- Em relação à nossa conversa anterior? Está tudo na mesma.
- Tudo na mesma como?
- Às vezes não como. Continuo a não gostar de comer legumes e verduras.

Decido pôr a enf^a Benvinda ao corrente da situação, pedindo permissão à M. Ela concorda. Explico-lhe que a Maria está preocupada com o seu peso e que não gosta vários alimentos que integram a Roda dos Alimentos. Digo alguns, e a M. completa conforme vamos progredido nos vários grupos da Roda.

- A enf^a Benvinda convida a jovem a pesar-se.
- De novo, tenho de me pesar? Esboça com alguma dificuldade.
- Sim precisamos de ver, desde a última consulta, se houve aumento ou perda. 57 kg. Mantém portanto.
- Ih, tantos.
- M. Vamos ver de novo o IMC. Ela acompanha e reafirmamos que se encontra no peso desejável.
- Preciso de ter menos.

Explico à Enf^a Benvinda que a M. tem uma preocupação em ter um peso que a deixe participar num concurso, que até tinha pensado que já tinha decorrido, e pergunto:

- Então como foi o concurso?
 - Concurso? Ah, refere-se a passarele. Ainda não foi.

 - Eu não gosto assim: tenho barriga e pernas gordas.
- (...)

O diálogo caminha numa consciência clara de que esta jovem necessita ser escutada, compreendida a ajuda a assumir a importância de uma alimentação equilibrada, pois vem -se a perceber que elimina refeições e alimentos do seu dia, assume sentir-se por vezes fraca.

As respostas que se foram dando permitem avaliar se se estabeleceu ou não uma empatia terapêutica.

A atitude empática é uma das três atitudes que Carl Rogers propõe como necessárias e suficientes para dar eficácia à Relação de Ajuda.³⁸

A empatia é, segundo Mary Townsend, a capacidade de ver para além do comportamento exterior e entender a situação do ponto de vista do cliente.³⁹ Ela constitui a capacidade de entrar na experiência da outra pessoa e compreender cognições, significados e emoções e transmitir compreensão.⁴⁰ Não é uma simples qualidade de relação e que a torna cordial. Supõe adoptar o marco de referência pessoal do outro para captar o seu mundo interior.

É um processo, que segundo alguns autores, deve apresentar por 3 fases⁴¹:

- *Fase da identificação*: o profissional deixa-se transportar pelo relato, em que a experiência que o outro está vivendo não deixa o seu espírito indiferente.

- *Fase de incorporação e repercussão*: o profissional torna seu o que foi narrado, fazendo despertar nele emoções e recordações da sua própria biografia psicológica.

O outro pode descrever-se superficialmente, sem denunciar impulsos secretos. A empatia assume o significado da capacidade de ser sensível, compreender, dar-se conta dos sentimentos, pensamentos, experiências e significados da outra pessoa, sem que estes sentimentos, pensamentos tenham sido comunicados de forma objectiva e explícita.

- *Fase da superação*, ou do desapego: é este o momento terapêutico da ajuda, em que chega o momento de se afastar do plano dos sentimentos e de recorrer ao método da razão.

Torna-se importante perceber que existem respostas que, ainda que na boa intenção de ajudar, não se tornam terapêuticas, pelas limitações que cada uma assume. Carlos Bermejo, citando R. Mucchielli, apresentou 5 tipos de resposta, que passo a elencar na íntegra⁴²:

- *Resposta de valorização ou juízo moral*: consiste em expressar a própria opinião quanto ao mérito, a utilidade ou a moralidade do que o doente comunica. De forma mais ou menos directiva, o profissional de saúde orienta o doente quanto à maneira de se comportar. O profissional relaciona, por tanto, a situação exposta com valores morais considerados válidos para ele mesmo. Esse tipo de resposta pode fazer o outro sentir-se numa situação de desigualdade moral, de inferioridade, e produzir sentimentos de inibição, culpa, rebelião, dissimulação ou angústia.

³⁸ BERMEJO, José Carlos-**Apontamentos para uma introdução ao counselling em saúde. Comunicação e saúde**.UCP, 2013, p. 14.

³⁹ Cf. TOWNSEND, Mary C. - **Enfermagem em Saúde mental e Psiquiátrica**, 2001, p. 126.

⁴⁰ Cf. BERMEJO, José Carlos- **Empatia terapêutica: La compasión del sanador herido**. España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A., 2012, p. 40.

⁴¹ Cf. BERMEJO, José Carlos- **Empatia terapêutica: La compasión del sanador herido**. España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A., 2012, p. 46-48.

⁴² BERMEJO, José Carlos-**Apontamentos para uma introdução ao counselling em saúde. Comunicação e saúde**.UCP, 2013, p. 20-21.

- *Resposta interpretativa.* Ao usá-la, o profissional de saúde coloca a tónica em algum aspecto do conjunto das mensagens recebidas e o interpreta a partir da própria teoria, indicando como deveria ser considerado tal aspecto. Esse tipo de resposta produz no interlocutor a sensação de ter sido mal entendido e pode provocar desinteresse, irritação ou resistência, ao ver que sua experiência é lida com critérios diferentes dos próprios.
- *Resposta de apoio-consolo.* O profissional tenta animar fazendo alusão a alguma experiência comum ou subestimando a importância da situação, sugerindo ao paciente não dramatizá-la. É uma atitude materna ou paternalista que favorece no doente a regressão e a dependência ou a recusa de ser tratado com piedade. Tende a subestimar a reacção do doente apresentando-a como desproporcional ao problema ou injustificada. Tenta-se animar o paciente, mas limita-se à solidariedade emocional ou a palavras optimistas pronunciadas sem muita convicção.
- *Resposta de investigação.* Com esse tipo de resposta o profissional de saúde tende a fazer perguntas para obter mais dados e aprofundar-se na situação exposta pelo doente. Embora esse tipo de intervenção seja necessário, sempre que as perguntas sejam abertas, se o diálogo fica muito no campo das perguntas, transforma-se num interrogatório, mais que numa conversa de Relação de Ajuda.
- *Resposta do tipo “solução do problema”.* Consiste em propor ao outro uma ideia ou resolução para sair imediatamente da situação, indicando-lhe o método, o caminho, dando-lhe conselhos de carácter definitivo que poriam fim ao seu problema e, quem sabe, também à conversa. Muitas vezes pois, é uma solução da qual a pessoa não é responsável e, portanto, ou não a satisfaz ou lhe cria uma espécie de obrigação de adoptá-la.
- *Resposta empática.* A atitude de compreensão empática se concretiza inicialmente mediante a escuta activa. Comunica-se também por meio da reformulação do que o outro diz para verificar que foi recebido e entendido bem. Isso tem importância, especialmente quando o que o outro nos comunica é a sua experiência interior, os seus sentimentos. A resposta do tipo empático é, provavelmente, a menos natural e menos espontânea das respostas indicadas. Para quem não tem experiência, ela pode parecer inútil, prejudicial ou inadequada para continuar o diálogo. Analisando bem, no entanto, a resposta empática é o resultado de um processo activo que requer grande atenção. Supõe concentrar-se intensamente no paciente, no que ele diz e no que não diz, colocando-se em seu lugar para ver as coisas a partir de seu ponto de vista.

Não posso esquecer que a relação terapêutica se baseia não só em conteúdos manifestados verbalmente, mas que existem outros muitíssimos mecanismos cheios de significado: a

postura, o tom ou a intensidade da voz, o olhar, um gesto ou o próprio silêncio, tanto do profissional., como da pessoa que é ajudada. Daí que uma pessoa empática tem de ser uma pessoa habilidosa em ler sinais não verbais⁴³.

Por último não quero deixar de lembrar uma outra dimensão da relação de ajuda. É que a empatia torna vulneráveis os que a praticam, ou seja, torna-os susceptíveis de serem feridos pela experiência do interlocutor. Mas o risco desta experiência é chamado a ser assumido, pois a vulnerabilidade do profissional impede que a empatia seja o mero conhecimento objectivo do problema de uma Pessoa, para se tornar, mais propriamente, uma compreensão profunda e subjectiva do interlocutor, numa inter-relação com ele.

Carlos Bermejo fala, porém, que a simples toma de consciência das próprias feridas e da própria condição mortal, não é suficiente numa Relação saudável de ajuda. É preciso que estes se aceitem e se integrem no profissional. Bermejo acrescenta: “ *Quem é consciente da própria vulnerabilidade, mas é incapaz de aceitá-la e integrá-la, tende a afastar-se da pessoa que sofre. Ou se esta pessoa se aproxima dele, limita-se a mostrar-lhe as feridas não fechadas que arrasta consigo, com o risco de agravar a situação, de abrir as portas da desesperação...*”⁴⁴

Sendo assim quem integra a própria vulnerabilidade encontra-se mais capacitado para acompanhar mais eficazmente aos que estão em sofrimento com liberdade, sem se sentir ameaçado. Está constantemente atento ao seu próprio processo de crescimento humano, questionando-se nas suas relações, porque se estão a tornar distantes emotivamente, porque estão a querer resolver os problemas dos outros sem recorrer aos recursos de cura que o ajudado possui, a utilizar o outros como objecto de satisfação das próprias necessidades pessoais, ou o fácil recurso a ritualização de condutas, conselhos óbvios, ou atitudes moralizantes.⁴⁵

O desejo de ajudar empaticamente levou à criação um quadro de orientação para as entrevistas, tal como se segue:

⁴³ Cf. BERMEJO, José Carlos- **Empatia terapêutica: La compasión del sanador herido**. España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A., 2012, p. 25.

⁴⁴ Cf. BERMEJO, José Carlos- **Empatia terapêutica: La compasión del sanador herido**. España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A., 2012, p. 145.

⁴⁵ Cf. BERMEJO, José Carlos- **Empatia terapêutica: La compasión del sanador herido**. España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A., 2012, p. 144.

Idade	Género	Como conheceram o Sorri Jovem	Com quem vêm acompanhados (amigos, mãe, namorado) / pessoa significativa	Motivo expresso da consulta	Agenda oculta/ diagnóstico de enfer.: conflito geracional, dça física ou mental diagnosticada, dificuldades económicas, rendimento escolar, inserção no grupo de pares, existência de tabus, falta de conhecimentos, ivg anterior, perdas de interesse, abuso de substâncias...	Aceitação corporal/ auto-conceito	Resiliência identificada	Afectividade/ namoro/ sexualidade/ Contracepção-significados/ conhecimento sobre DST's	Padrão alimentar	Existência em mim, ou no outro de mecanismos de defesa	Existência de problema ético
Intervenções de ajuda: escuta activa, reformulação, interpretação, personalização, auto-revelação, confronto, iniciação, etc		Educação para a saúde realizada	Nec. escuta. expressa valores, crenças, comportamentos, dificuldades, interesses	Resposta de ajuda: moralista, interpretativa, consoladora, investigadora, solução imediata, empática	Aparência e Postura, Humor, linguagem...	Manifestação da minha autenticidade: - não disse o que não acredito; - Confrontei o adolesc. onde senti falta de clareza ou percebi contradição - Comuniquei sentimentos próprios (auto-revelação) onde considerei que ao mostrar a pp vulnerabilidade contribuiu para o bem estar do ajudado, ainda q não seja o objectivo da relação de ajuda; - fui clara na relação, enfrentei alguma situação que me podia trazer risco de transferência			Despedida: confirmação da compreensão e aceitação do contrato terapêutico...	Diálogo estabelecido a partir das frases sobre as competências pessoais	

Avaliação da aplicação do quadro orientador

Tem-se revelado como orientador das entrevistas e na avaliação das mesmas. Existe consciência de um caminho de dedicação a realizar onde a presença de um 2º elemento supervisor se revela fundamental, como o que tem acontecido, algumas vezes com a orientadora de estágio.

BIBLIOGRAFIA

- BERMEJO, José Carlos- **Empatia terapêutica: La compasión del sanador herido**. España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A., 2012.
- BERMEJO, José Carlos-**Apontamentos para uma introdução ao counselling em saúde. Comunicação e saúde**. UCP, 2013.
- HORTA, Wanda de Aguiar- **Processo de enfermagem**. E.P.U. Editora Pedagógica e Universitária LDA. 2005, p. 68.http://moodle.stoa.usp.br/file.php/1342/Livro_-_Processo_de_Enfermagem_-_Wanda_Horta_1_.pdf
- MACEDO, PAULO - **Intervenção do Ministro da Saúde** em debate do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica, Porto - 15/01/2013. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/enfermagem+temos.htm>
- PHANEUF, Margot- **Comunicação, entrevista, Relação de Ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005.
- **Regulamento do exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)**. Artigo 5. Cf. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf
- SILVA, Suzana et all- **Sistematização da assistência de enfermagem ao adolescente: consulta de enfermagem**, Ver enferm UFPE on line. 2007 jul/ set; 1(1).
- SANTOS, Cecília Borja- **Abordagem centrada na pessoa**. Psilogos.Revista do serviço de psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca. Disponível em, http://www.psilogos.com/Revista/Vol1N2/Indice2_ficheiros/Santos.pdf
- SILVA, Regina Maria Araújo da; AMORIM, Rosângela- **Consulta de enfermagem: um mediador na conquista da confiabilidade entre enfermeiro e adolescente resultando numa assistência de qualidade**. Comunicação no 61º Congresso Brasileiro de enfermagem” Transformação social e sustentabilidade ambiental, 07 a 10 de Dezembro de 2009. Trabalho 3180- ¼. Disponível em http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/02346.pdf
- TOWNSEND, Mary C. - **Enfermagem em Saúde mental e Psiquiátrica**, 2001

**Anexo 17- Questionário de avaliação aos jovens,
sobre temas para sessões de Educação para a
Saúde**

Estimado Jovem.

Com o objetivo de responder, o melhor possível, às várias solicitações de ajuda dos jovens das nossas consultas do *Sorri Jovem*, pedimos-te o favor de colocares por ordem de interesse para ti os temas que se seguem.

O nº 1 corresponde àquele que mais te interessa, o nº 10 o que menos te interessa.

Desde já o nosso obrigada pela tua colaboração.

A equipa de enfermagem do *Sorri Jovem*

Gostaria que no *Sorri Jovem*, se falasse de:

_____ AUTOESTIMA (GOSTAR DE MIM MESMO/A)

_____ EMOÇÕES E SENTIMENTOS

_____ PESSOAS SIGNIFICATIVAS (COLEGAS / AMIGOS /FAMÍLIA)

_____ NAMORO; SEXUALDADE RESPONSÁVEL / GRAVIDEZ

_____ TOMAR DECISÕES / SABER DECIDIR/ DIZER SIM E NÃO

_____ OUTRO _____ (Sugere

outro tema que te

interesse)

**Anexo 18- Sessão de Educação para a Saúde:
“Promoção da auto-estima no adolescente**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria

Promoção da Autoestima, no adolescente

**Trabalho de pesquisa, no âmbito do ensino Clínico, módulo I:
Promoção de estilos de vida saudáveis,
diagnóstico e prevenção na Comunidade**

**Margarida Tavares Morais, aluna nº 1920120
UCP 2013**

Adolescência

A adolescência corresponde a um período da vida riquíssima de significados que pode ser olhados sobre várias perspectivas de entendimento: médica (toda a fisiologia pubertária), social (nas suas respostas aos contextos socio-culturais); psicológica (acompanhamento das mudanças de humor, momentos depressivos, condutas agressivas, etc); educativa (idade privilegiada de aprendizagens), etc. Como alguém diz, querer definir brevemente a adolescência é certamente uma diligência vã, falaciosa e ilusória⁴⁶. Corresponde, portanto, a um tempo de paradoxos, de conquistas e escolhas, tempo de ameaças.

É também o período da vida, em que os jovens fazem / ou devia fazer estas perguntas: “ Quem sou? Para que sirvo? O que é a vida?

A saúde mental

A saúde mental, como um componente indissociável da saúde geral, é um conceito amplo, que inclui o bem-estar psicológico (saúde mental positiva) assim como os distúrbios mentais e de comportamento. A saúde mental, é essencialmente uma característica do indivíduo, e é influenciada por fatores biológicos e psicológicos, pelas interações sociais e pelos valores culturais. A saúde mental positiva inclui: um sentido positivo de bem-estar; recursos individuais como a *autoestima*, o otimismo e um senso de domínio e coerência; fortaleza emocional, destreza social e de resolução de problemas, capacidade para iniciar, desenvolver e manter relacionamentos pessoais que satisfaçam mutuamente; e capacidade para lidar com as adversidades (resiliência)⁴⁷. Na sua maioria, os fatores individuais de proteção da saúde são idênticos às características da saúde mental positiva. Por esta razão, as intervenções preventivas dirigidas a

⁴⁶ BRACONNIER, Alain; MARCELLI, Daniel- **As mil faces da adolescência. Climepsi, ano?, p. 27.**

⁴⁷ Cf. União Europeia (2008) - **Construir Boa saúde Mental: Orientações baseadas no conhecimento existente**. P. 8. Tradução de José Carlos Gomes - Building Up Good Mental Health: Guidelines based on existing knowledge. (www.mmmhe.eu). Filândia 2008. Disponível em <http://www.sppsm.org/cms/wp-content/uploads/2012/09/Manual-Construir-Boa-Sa%C3%BAde-Mental.pdf>

fortalecer os factores de proteção sobrepõe-se, em grande medida com a promoção da saúde mental⁴⁸

As intervenções de enfermagem com adolescentes ao nível primário de prevenção focam-se na prestação de apoio e informação precisa para oferecer ao jovem ferramentas para ele lidar com as contradições e dificuldades que possa estar a experimentar. A prevenção, como referem Alain et all, escolhe o caminho errado quando se centra nos adolescentes e nos seus comportamentos ditos “de risco”, porque sobrecarrega este período da vida de compromissos excessivos e não toma em conta a realidade das suas dificuldades nem a angústia que as suas atitudes traduzem, nem ainda o desejo de viver e de criatividade.⁴⁹

As intervenções preventivas, pedem, portanto, uma prática de educação construtiva, libertadora, dialógica e promotora da autonomia dos sujeitos no cuidado de si, pois de contrário a prática seria instrutiva, unidirecional, no que pese o estabelecimento de normas e condutas também necessárias nesta faixa etária.

A autoestima

O conceito de autoestima tem sido estudado e considerado como um importante indicador de saúde mental, na adolescência.⁵⁰ São várias as definições que encontramos deste fator intrapessoal promotor de qualidade de vida, para a qual foram criadas também escalas de avaliação, como a *Self Perception Profile for Children* (SPPC) e sub- escla *Global Self- Worth* .

Reunimos aqui algumas definições de autoestima: “ Grau de consideração ou respeito que os indivíduos têm por si próprios e é uma medida de valor que atribuem às suas capacidades e julgamentos”⁵¹;

⁴⁸ OMS/ Departamento de saúde mental e abuso de substâncias- **Prevención de los Transtornos mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas**. 2004. Disponível em <http://apps.who.int/iris/handle/10665/78545>

⁴⁹ MORAL, Alain et all- **Prevenção das Toxicomanias**. Climepsi, 1ª Edição, 2001, p. 62.

⁵⁰ Cf. BANDEIRA, Cláudia de Moraes; HUTZ, Cláudio Simon- **As implicações do bullying na autoestima de adolescentes**. Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia escolar e Educacional, SP. Volume 14, nº 1, Janeiro / Junho de 2010, p. 133. Disponível em

⁵¹ TOWNSEND, Mary (trad. por Sílvia Costa Rodrigues)- **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de Cuidado na Prática baseada na Evidência**. Loures: Lusociência, 2011. 6ª Edição. ISBN: 978-972-8930-61-5, p. 250.

“Apreço ou valorização que uma pessoa confere a si própria, permitindo-lhe ter confiança nos próprios atos e pensamentos”⁵²

“Capacidade desenvolvida de experimentar a existência, conscientes do nosso potencial e nossas reais necessidades; de amarmos incondicionalmente e confiar em nós para alcançar objetivos, independentemente das limitações que possamos ter ou das circunstâncias externas geradas pelos distintos contextos”⁵³.

Sabemos, sobretudo, em adultos, que a vida humana está cheia de dinamismos de objetivos mais ou menos alcançáveis, esperanças mais ou menos vividas e em confrontos constantes sobre as nossas capacidades afectivas e intelectuais. A elevada competitividade obriga-nos a permanentes readaptações e em certas circunstâncias, o nosso sentido de valor pessoal e de confiança nas próprias capacidades, podem ver-se afetados e fazer-nos crer que vivemos à mercê das contingências. A nossa esperança, o nosso poder criador, a capacidade natural de nos restabelecermos, podem não estar presentes e, às vezes seguirmos, consciente ou inconscientemente condutas autodestrutivas, afastadas do bem-estar gerado pela autoestima positiva.

No dia-a-dia, o valor próprio dos adolescentes é também desafiado por imensos fatores pessoais, familiares, escolares, etc. Com um valor próprio positivo os adolescentes conseguem adaptar-se, com sucesso, às exigências associadas às crises situacionais e de amadurecimento que ocorrem. A capacidade de se adaptar a estas mudanças circundantes é comprometida quando os adolescentes possuem baixa- autoestima.

Um estudo sobre a avaliação da autoestima em adolescentes portugueses⁵⁴, revele índices superiores de autoestima. Podemos questionarmo-nos o motivo do interesse em querer promover este fator protetor da saúde...

Como dissemos anteriormente a autoestima faz parte de uma saúde mental positiva. A promoção de competências pessoais e sociais; que por seu vez, pedem um auto-conhecimento e aceitação pessoal, componentes importantes para promover a autoestima, capacitam as crianças e adolescentes para: identificar e resolver problemas, gerir conflitos interpessoais, otimizar a sua comunicação interpessoal, defender os seus

⁵² **Dicionário Priberam da Língua Portuguesa** [em linha], 2008-2013,

<http://www.priberam.pt/dlpo/autoestima> [consultado em 23-10-2013].

⁵³ <http://www.monografias.com/trabajos16/autoestima/autoestima.shtml>

⁵⁴ O estudo foi analisado em função do género, idade, estatuto socio-económico, sucesso escolar e região demográfica. Cf. GASPAR, Tânia et al- **Estudo da autoestima em crianças e adolescentes portugueses: impacto de factores sociais e pessoais**. Revista AMAzônica, vol V, número 2. Jul-Dez 2010. Ver site na bibliografia.

direitos, resistir à pressão dos pares, etc. Tudo isto irá otimizar a sua capacidade de escolher um estilo de vida saudável e de o manter.⁵⁵

Se os adolescentes portugueses possuem todas estas competências, podemos ficar mais tranquilos, porém a experiência mostra , que em Portugal, os níveis de bullying, depressões, tentativas de suicídio, abandono escolar, têm aumentado, pelo que, para nós, tem todo o sentido em promover uma educação para a saúde mental preventiva.

O documento emanado pela OMS *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas* refere que a meta de muitos dos programas de educação para adolescentes, realizados nas escolas é a de mudar as crenças, atitudes e condutas dos adolescente em relação ao hábito de fumar, consumo de bebidas alcoólicas e consumo de drogas, ou modificar fatores tais como as destrezas sociais gerais e a autoestima, que se presume serem a base dos hábitos de fumar ou de ingerir bebidas alcoólicas⁵⁶.

Sorri Jovem

Tem sido percepcionado pelos profissionais, nos adolescentes que frequentam as consultas, sinais de auto-estima baixa: tristeza associada a dificuldades de aceitação do corpo, ausência de namorado, insucesso escolar, conflitos familiares, términos de relações amorosas, vítimas de bullying, abandono escolar?

Relações amorosas instáveis, ausência de amigos (para confirmar com as enfermeiras)

Considerando que o projeto *Sorri Jovem*, consegue congrega num espaço fechado um nº de adolescentes, ao esperar a sua consulta, a estagiária considera de todo a potencialidades deste espaço para planear algumas ações promotoras de autoestima.

1. Objectivo geral

- Levar os jovens a reflectir a importancia da autoestima para a sua saúde;

⁵⁵ GASPAR, Tania; MATOS, Margarida Gaspar de; RIBEIRO, José Luís Pais e LEAL, Isabel. Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. *Rev. bras. ter. cogn.* [online]. 2006, vol.2, n.2 [citado 2013-10-23], pp. 47-60 . Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000200005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1808-5687.

⁵⁶ OMS- *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Informe compendiado. Organización Mundial de la Salud 2004. Disponível em <http://apps.who.int/iris/handle/10665/78545>

2. Objectivos específicos

- Saber o significado de uma boa auto-estima
- Avaliar a auto-estima pessoal
- Oferecer ferramentas para promover a autoestima pessoal

3. Metodologia

- Ambientação dos espaços da sala de espera e dos gabinetes com frases e textos alusivos ao tema;
- Dinâmica de grupo de avaliação da autoestima pessoal
- Exposição do tema
- Oferecimento de frases alusivas à auto-estima para poderem ser refletidas com a enfermeira

4. Recursos

- 3 enfermeiras;
- Seleção de frases e textos sobre o tema

BIBLIOGRAFIA

1. BANDEIRA, Cláudia de Moraes; HUTZ, Cláudio Simon- **As implicações do bullying na autoestima de adolescentes.** Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia escolar e Educacional, SP. Volume 14, nº 1, Janeiro / Junho de 2010, p. 133. Disponível em
2. BRACONNIER, Alain; MARCELLI, Daniel- **As mil faces da adolescência.** Climepsi, 2000, p. 27.
3. União Europeia (2008) - **Construir Boa saúde Mental: Orientações baseadas no conhecimento existente.** P. 8. Tradução de José Carlos Gomes - Bulding Up Good Mental Heathh: Guidelines based on existing knowledge. (www.mmmhe.eu) . Filândia 2008. Disponível em <http://www.sppsm.org/cms/wp-content/uploads/2012/09/Manual-Construir-Boa-Sa%C3%BAde-Mental.pdf>
4. **Dicionário Priberam da Língua Portuguesa** [em linha], 2008-2013, <http://www.priberam.pt/dlpo/autoestima> [consultado em 23-10-2013].
5. GASPAR, Tania; MATOS, Margarida Gaspar de; RIBEIRO, José Luís Pais e LEAL, Isabel. **Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes.** *Rev. bras. ter. cogn.* [online]. 2006, vol.2, n.2 [citado 2013-10-23], pp. 47-60 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000200005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1808-5687.
6. GASPAR, Tânia et all- Estudo **da autoestima em crianças e adolescentes portugueses: impacto de factores sociais e pessoais.** Revista AMAzônica, vol V, número 2. Jul-Dez 2010. Disponível em

<http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CDAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4028721.pdf&ei=ITVoUqTUMKfE7Ab22oCICg&usg=AFQjCNGW6XYZCZM0FRt1Amyi-yDCXDvb4A>

7. MORAL, Alain et al- **Prevenção das Toxicomanias**. Climepsi, 1ª Edição, 2001.
8. OMS/ Departamento de saúde mental e abuso de substâncias- **Prevención de los Transtornos mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas**. 2004. Disponível em <http://apps.who.int/iris/handle/10665/78545>
9. TOWNSEND, Mary (trad. por Sílvia Costa Rodrigues)- **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de Cuidado na Prática baseada na Evidência**. Loures: Lusociência, 2011. 6ª Edição. ISBN: 978-972-8930-61-5.

- **JOGO DA AUTOESTIMA. Fonte: “ Adolescência, época de planejar a vida- Pesquisado na internet**
<http://www.agostinianas.com.br/popups/Pastoral.aspx?ID=38>

Objectivo geral: Promover um momento de reflexão sobre a autoestima

Objectivos específicos:

- Promover o significado da auto-estima na nossa vida;
- Promover o auto-conhecimento;
- Promover a expressão de pensamentos e sentimentos

Material: 10 folha branca, 10 lápis de carvão e 10 coloridos

Desenvolvimento

- Grupo em círculo, sentado
- Distribuição do material: 1 folha branca, 1 lápis carvão e outro de cor a cada participante
- Dizer ao grupo que a folha representa a nossa autoestima. Verificar se todos sabem o que significa este conceito. Explicá-lo caso seja necessário. *Auto-estima se refere ao grau de consideração ou respeito que os indivíduos têm por si próprios. É uma medida do valor às suas capacidades e julgamentos* (cf Mary C. Townsend- Enfermagem em Saúde mental e Psiquiátrica, 2001, p.250). (“valor que cada pessoa atribui a si mesma, o quanto gosta de si própria”- definição do próprio jogo. ver site *educação e promoção humana*.)
- Ler para o grupo as frases seguintes, pedindo aos participantes que rasguem um pedaço da sua folha na proporção em que a situação afectar a ua autoestima.

Marcar com um lápis preto cada pedaço que for sendo rasgado, com o nº correspondente à frase lida

- **FRASES QUE PODEM AFECTAR A AUTOESTIMA**

1. O seu / sua namorado/a terminou o namoro sem lhe dar nenhuma explicação
2. Seus (suas) amigos (as) combinaram uma ida ao cinema, mas esqueceram-se de o (a) convidar
3. Um (a) professor(a) seu (sua) criticou negativamente um trabalho seu, perante a turma toda
4. Os vossos pais disseram que você os envergonhavam
5. Um grupo de colegas gozou consigo por causa da sua roupa ou do seu penteado
6. Sua equipa de basquetebol perdeu um jogo importante

- **GUARDAR OS PEDAÇOS RASGADOS**

- **RECONSTRUIR A FOLHA DE PAPEL A PARTIR DA NOVA SÉRIE DE 8 AFIRMAÇÕES QUE REFORÇAM A AUTOESTIMA, ANOTANDO COM O LÁPIS COLORIDO O Nº QUE CORRESPONDE À FRASE LIDA**

- **FRASES QUE PODEM AUMENTAR A AUTOESTIMA**

1. Os vossos amigos mudaram a data de uma ida ao cinema, para você poder ir
2. Seu (sua) namorado(a) mandou-lhe um poema romântico
3. Seus pais disseram-lhe que você é motivo de orgulho para eles
4. O professor elogiou o seu trabalho perante a turma toda
5. Seus amigos elogiaram sua roupa ou penteado
6. Sua equipa de basquetebol ganhou um jogo importante

PLANO DA SESSÃO

Objectivo geral: Promover um momento de reflexão sobre a autoestima

Objectivos específicos:

- Promover o significado da auto-estima na nossa vida;
- Promover o autoconhecimento;
- Promover a expressão de pensamentos e sentimentos

	OBJECTIVO	CONTEÚDO	MÉTODO/ TÉCNICA	TEMPO
INTRODUÇÃO	- Dar a conhecer a finalidade da actividade; - Promover a adesão dos participantes	- Apresentação pessoal; - Realizar convite em grupo para a sessão - <i>dinâmica interactiva</i> ; jogo da autoestima- , e qual o objectivo da mesma; -explicar que só quem quer é que participa na dinâmica: - Assegurar que não vai demorar mais de uma hora e que tudo o que se partilhar vai ser confidencial. - Assegurar que ninguém ficará privado da consulta médica ou de enfermagem por causa da sessão	Informação oral, presencial. linguagem convidativa	5 minutos na sala de estar mais 5 minutos na sala onde irá decorrer a actividade.
DESENVOLVIMENTO		- Grupo em círculo, sentado - Distribuição do material: 1 folha branca, 1 lápis carvão e outro de cor a cada	Interactivo Individual	10 minutos

	Participação atenta e motivada	<p>participante</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dizer ao grupo que a folha representa a nossa autoestima. Verificar se todos sabem o que significa este conceito. Explicá-lo caso seja necessário. <i>Auto-estima se refere ao grau de consideração ou respeito que os indivíduos têm por si próprios. É uma medida do valor às suas capacidades e julgamentos</i> (cf Mary C. Townsend- Enfermagem em Saúde mental e Psiquiátrica, 2001, p. 250). (“valor que cada pessoa atribui a si mesma, o quanto gosta de si própria”- definição do próprio jogo. ver site <i>educação e promoção humana.</i>) - Realização do Jogo; (anexo) - Estar atenta a feedbacks da enfermeira que está a colaborar na dinâmica 		
FINALIZAÇÃO	Incentivar a partilha dos sentimentos	<ul style="list-style-type: none"> - Postura de uma atitude de escuta e acolhimento dos sentimentos verbalizados, evitando grandes interrupções e juízos de valor sobre os resultados - Ajudar o diálogo entre os participantes e reunir conclusões, transmitindo-lhas de forma organizada. (ver anexo) - Perceber a existência, no jovem, de descobertas sobre si mesmo que ele possa não saber gerir (expressas por choro, agressividade verbal, interrupções constantes, desistência do jogo, apatia, outras) e oferecer disponibilidade para dialogar sobre o assunto, numa outra altura que se programe. - Avaliar a participação dos jovens, pertinência das intervenções e apontar no caderno as suas partilhas. 	Interactivo	20 minutos

AVALIAÇÃO	Perceber qual o impacto da reflexão nos jovens	- Aplicação de um questionário de avaliação da actividade	Individual	5 minutos
------------------	--	---	------------	-----------

AUTO E HETERO-AVALIAÇÃO DA SESSÃO SOBRE A PROMOÇÃO DA AUTOESTIMA

Intervenções do animador	Avaliação. Intervenções a melhorar / Interv. corretas
Conversar com cada participante, de forma informal, antes da consulta	Revelou-se como elemento facilitador
Apresentação pessoal de cada um: o nome	Sim
“Todos sabem o que é autoestima?” Abanam que sim com a cabeça	Perda de oportunidade de questionar: “o que é para cada um?”
Desde o início demonstro um julgamento das frases: “ as negativas, as que afetam negativamente a minha autoestima, que não gosto, me fazem sofrer, as negras da minha vida, e as positivas, as que me levantam, que me reconfortam”	Porém as frases; que revelam acontecimentos, pode ou não ser vividas positivamente ou negativamente, por cada um: essa era a dinâmica do jogo: refletir na autoestima consoante os acontecimentos da vida
“A autoestima é maior ou menor consoante cada um e é mais ou menos afetada consoante os acontecimentos do dia-a-dia”	Possibilidade errada de levar os jovens a pensar que podem reagir de maneira diferente aos acontecimentos (que apelidei bons ou maus) e sentirem-se eles mesmos “anormais”
Deixo-vos a fazer um exame de consciência	Exame de consciência? O que significa isto? Não era suposto ser uma reflexão?
“Todos, temos dificuldades, não é?”	Nova perda de oportunidade para convidar a expressão de sentimentos. Devia ter dito, por ex:“Todos , temos dificuldades, o que vos parece?”
Uma jovem, pegou nesta afirmação e desenvolveu, foi positivo, mas o resultado não foi provocado pela minha intervenção, mas, provavelmente, pela a sua facilidade em falar	
Que manifestações, vocês conhecem de uma pessoa com autoestima baixa?” R: Pessoa deprimida, com falta de confiança. . .	
“ Sim, uma pessoa que não se conhece, não conhece as suas qualidades e defeitos, não se aprecia e não pode ter confiança. Vai confiar em quê?”	Constatações muito rápidas e rectilíneas!!!
“convido- vos agora a partilhar, se quiserem, uma situação que vou causou uma alegria grande ou uma tristeza maior”	O convite não foi bem colocado. Vem, novamente a questão do valor atribuído às afirmações
“Obrigado, talvez vocês digam: afinal já sabia tudo isto e não aprendi nada. Foi só um despertar!”	A actividade não era para aprender nada! Não era para refletir?

BIBLIOGRAFIA

1. BANDEIRA, Cláudia de Moraes; HUTZ, Cláudio Simon- **As implicações do bullying na autoestima de adolescentes**. Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia escolar e Educacional, SP. Volume 14, nº 1, Janeiro / Junho de 2010, p. 133.
2. BRACONNIER, Alain; MARCELLI, Daniel- **As mil faces da adolescência**. Climepsi, 2000, p. 27.
3. União Europeia (2008) - **Construir Boa saúde Mental: Orientações baseadas no conhecimento existente**. P. 8. Tradução de José Carlos Gomes - Building Up Good Mental Health: Guidelines based on existing knowledge. (www.mmmhe.eu) . Filândia 2008. Disponível em <http://www.sppsm.org/cms/wp-content/uploads/2012/09/Manual-Construir-Boa-Sa%C3%BAde-Mental.pdf>
4. **Dicionário Priberam da Língua Portuguesa** [em linha], 2008-2013, <http://www.priberam.pt/dlpo/autoestima> [consultado em 23-10-2013].
5. GASPAR, Tania; MATOS, Margarida Gaspar de; RIBEIRO, José Luís Pais e LEAL, Isabel. **Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes**. *Rev. bras. ter. cogn.* [online]. 2006, vol.2, n.2 [citado 2013-10-23], pp. 47-60 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000200005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1808-5687.
6. GASPAR, Tânia et al- Estudo **da autoestima em crianças e adolescentes portugueses: impacto de factores sociais e pessoais**. Revista AMAzônica, vol V, número 2. Jul-Dez 2010. Disponível em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CDAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4028721.pdf&ei=ITVoUqTUMKfE7Ab22oCICg&usq=AFQjCNGW6XYZCZM0FRt1Amyi-yDCXDvb4A>
7. MORAL, Alain et al- **Prevenção das Toxicomanias**. Climepsi, 1ª Edição, 2001.
8. OMS/ Departamento de saúde mental e abuso de substâncias- **Prevención de los Transtornos mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas**. 2004. Disponível em <http://apps.who.int/iris/handle/10665/78545>

9. TOWNSEND, Mary (trad. por Sílvia Costa Rodrigues)- **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de Cuidado na Prática baseada na Evidência.** Loures: Lusociência, 2011. 6ª Edição. ISBN: 978-972-8930-61-5.

**Anexo 19- Sessão de Educação para a Saúde:
“Tomada de decisão, no adolescente”**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde
Mental e Psiquiatria**

TOMADA DE DECISÃO NO ADOLESCENTE

**Trabalho de pesquisa, no âmbito do ensino Clínico, módulo I:
Promoção de estilos de vida saudáveis,
diagnóstico e prevenção na Comunidade**

Margarida Tavares Morais, aluna nº 192012013

A prevenção primária em Saúde Mental diz respeito, segundo Sheila Murta, a intervenções para reduzir a ocorrência futura de problemas de ajustamento e para promover a construção de competências associadas à saúde mental, de modo a produzir

processos protetores no curso do desenvolvimento que possam favorecer o desempenho saudável das tarefas desenvolvimentais típicas de cada idade.⁵⁷

Os programas preventivos podem ter metas relativas à diminuição de problemas, como relatos de sintomas de ansiedade, comportamentos antissociais e abuso de drogas, ou relativos ao aumento de competências sociais, como por exemplo programas de ensino de habilidades de vida. Sheila Murta et al., designa estas habilidades de vida, como um conjunto de habilidades necessárias ao enfrentamento saudável às exigências quotidianas,⁵⁸ desenvolvendo capacidades emocionais, sociais e cognitivas.

Entre as competências, encontram-se as habilidades para a tomada de decisão.

Miguel Oliveira e Lúcia Pais, num estudo sobre a tomada de decisão na adolescência, citando Reyna & Farley, afirmam que, embora haja uma considerável evidência de que aos 14 anos de idade, os adolescentes podem e devem ser considerados nas suas decisões⁵⁹, é devido à relativa falta de experiência, que os adolescentes vivem num mundo mais surpreendente que os adultos. Têm menos probabilidade de serem capazes de antecipar os seus sentimentos e objetivos futuros e podem estar expostos a comportamentos que os tornam mais vulneráveis (droga, álcool, condução perigosa, doenças sexualmente transmissíveis)⁶⁰.

Torna-se interessante o estudo realizado pelo autor referido anteriormente, de análise de um quadro comparativos dos dois diferentes sistemas, presente no ciclo vital do homem: experiencial e analítico, responsável por diferentes modalidades de processamento de informação, o primeiro mais presente nos adolescentes (comportamento mais afetivo e mediado por sentimentos de experiências passadas), o 2º, o analítico (comportamento mais lógico e mediado por apreciação consciente dos eventos).⁶¹

⁵⁷ MURTA, Sheila Giardini- **Programas de Prevenção a problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: lições de três Décadas de pesquisa.** Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n1/a02v20n1.pdf>

⁵⁸ MURTA, Sheila Giardini et al- **Prevenção primária em saúde na adolescência: avaliação de um programa de habilidades de vida.** Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n3/a01v14n3.pdf>

⁵⁹ OLIVEIRA, Miguel / PAIS, Lúcia G.- **Tomada de decisão na adolescência: do conflito à prudência.** P.160. Disponível em http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/1097_2010_Oliveira.pdf

⁶⁰ OLIVEIRA, Miguel / PAIS, Lúcia G.- **Tomada de decisão na adolescência: do conflito à prudência.** P. 140. Disponível em http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/1097_2010_Oliveira.pdf

⁶¹ OLIVEIRA, Miguel / PAIS, Lúcia G.- **Tomada de decisão na adolescência: do conflito à prudência.** P. 138. Disponível em http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/1097_2010_Oliveira.pdf

As seguintes sessões de educação para a promoção de habilidade de decidir foi pensada para um pequeno grupo de adolescentes, que se deslocam livremente ao Sorri Jovem, às consultas de enfermagem, que tem como objetivos a promoção de estilos de vida saudáveis, a identificação de comportamentos de risco e a otimização dos recursos pessoais de cada jovem (através da participação na sua própria saúde e da responsabilização pelas suas escolhas).

PLANO DA SESSÃO

Objectivo geral: desenvolver a capacidade de tomar decisões

Objectivos específicos:

- Verbalização de sentimentos
- Analisar as propostas: prós e contras
- Aprofundar o auto-conhecimento

1. INTRODUÇÃO

- **Objectivo:** - Dar a conhecer a finalidade da actividade;
 - Promover a adesão dos participantes
- **Método/ técnica:** Informação oral, presencial. Linguagem convidativa
- **Tempo:** 5 minutos na sala de estar, mais 5 minutos na sala onde irá decorrer a actividade
- **Conteúdo:**
 - Apresentação pessoal;
 - Realizar convite em grupo para a sessão - *dinâmica interactiva: tempestade mental*, e qual o objectivo da mesma;
 - explicar que só quem quer é que participa na dinâmica:
 - Assegurar que não vai demorar mais de meia hora e que tudo o que se partilhar vai ser confidencial.
 - Assegurar que ninguém ficará privado da consulta médica ou de enfermagem por causa da sessão

2. DESENVOLVIMENTO

- **Objectivo:** Participação atenta e motivada
- **Método/ técnica:** Interactivo individual
- **Tempo:** 15 minutos
- **Conteúdo:**

Grupo em círculo, sentado

- Distribuição do material: 1 folha branca, 1 caneta a cada participante
- apresentação do problema a resolver: “uma mãe que diz à filha que se não conseguir passar na disciplina de matemática, terá de cancelar a sua matrícula”
- cada um dá uma solução
- análise conjunta das soluções, tendo em consideração: *iniciativa* para pedir ajuda a um colega e/ ou professora que dê explicações; *dedicação* de mais tempo ao estudo desta disciplina; *conversar* com os pais, *procura* de outros livros, na explicação da matéria; perceber as razões das suas dificuldades, (falta de estudo, falta de confiança em si mesma, incompreensão da matéria...)
- Formar uma pirâmide, cuja base são as ideias mais válidas
- Estar atenta a feedbacks da enfermeira que está a colaborar na dinâmica

3. FINALIZAÇÃO

- **Objectivo:-** Incentivar a partilha dos sentimentos
 - Tirar conclusões
- **Método/ técnica:** Interactivo
- **Tempo:** 20 minutos
- **Conteúdo:**

- Recolha organizada das soluções;

- Apresentação dos seguintes conselhos: **Obstáculos para uma tomada de decisão:**

Indecisão- quando não se quer enfrentar os aspectos desagradáveis do risco, medo e ansiedade

Dando voltas- recusa em encarar os factos, andando constantemente à procura de soluções, mas sem decidir por nenhuma;

Exagero nas reações- há um descontrole emocional, perante o problema;

Vacilação- volta-se atrás em decisões; pouco comprometido com a que se decidiu

Meias medidas- fica-se na zona do conforto. Toma-se a decisão mais segura para evitar controvérsias, mas não se enfrenta o verdadeiro

4. AVALIAÇÃO

- **Objectivo:-** Perceber qual o impacto da reflexão nos jovens
- **Método/ técnica:** Individual
- **Tempo:** 5 minutos
- **Conteúdo:** Aplicação de um pequeno questionário de avaliação da actividade

Anexo 1 : Ficha para a tomada de decisão

Anexo 2: Ficha de avaliação do formando

anexo 3: Pano da sessão 2

BIBLIOGRAFIA

MURTA, Sheila Giardini- **Programas de Prevenção a problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: lições de três Décadas de pesquisa.** Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n1/a02v20n1.pdf>

MURTA, Sheila Giardini et all- **Prevenção primária em saúde na adolescência: avaliação de um programa de habilidades de vida.** Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n3/a01v14n3.pdf>

OLIVEIRA, Miguel / PAIS, Lúcia G.- **Tomada de decisão na adolescência: do conflito à prudência.** Disponível em

http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/1097_2010_Oliveira.pdf

PLANO DA SESSÃO “ Casos e Acasos” in Manual do Multiplicador: Adolescente.⁶²

- **Objetivo geral:** Desenvolver a capacidade de tomar decisões

- **Objetivos específicos:**
 - Verbalização de sentimentos
 - Analisar as propostas: prós e contras
 - Aprofundar o autoconhecimento

	OBJECTIVO	CONTEÚDO	MÉTODO/ TÉCNICA	TEMPO
INTRODUÇÃO	- Dar a conhecer a finalidade da actividade; - Promover a adesão dos participantes	- Apresentação pessoal; - Realizar convite em grupo para a sessão - <i>dinâmica interactiva</i> e qual o objetivo da mesma; -explicar que só quem quer é que participa na dinâmica: - Assegurar que não vai demorar mais de uma hora e que tudo o que se partilhar vai ser confidencial. - Assegurar que ninguém ficará privado da consulta médica ou de enfermagem por causa da sessão	Informação oral, presencial. linguagem convidativa	5 minutos na sala de estar mais 5 minutos na sala onde irá decorrer a actividade.
DESENVOLVIMENTO		- Grupo de 6 em círculo, sentado em 3 pares	Interactivo	15

⁶² Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DTS e AIDS- **Manual do Multiplicador: Adolescente.** p. 42-44. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd08_15.pdf

	Participação atenta e motivada	<p>- Distribuição do material: 1 folha branca, 1 caneta a cada participante</p> <p>- entregar a cada par a descrição da situação (ver anexo), para que tome uma decisão a respeito da situação. Solicitar ao grupo que desenvolva as seguintes atividades:</p> <p>- apontar as vantagens, desvantagens, alternativas e consequências para a situação proposta;</p> <p>- identificar um única decisão sobre o caso.</p> <p>Pontos para a discussão:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- a decisão tomada pode ter consequências graves? 2- Estar seguro de que essa decisão não prejudicaria ninguém 3- Dificuldade para tomar a decisão 4- Fazer uma comparação com a vida real <p>Resultado esperado:</p> <p>Os adolescentes terão aprendido a analisar situações diversas, emitindo opiniões e procurando tomar a decisão mais acertada, por meio da avaliação de determinados critérios.</p> <p>Nota: Estar atenta a feedbacks da enfermeira que está a colaborar na dinâmica</p>	Individual	minutos
FINALIZAÇÃO	Incentivar a partilha dos sentimentos	<p>- Recolha organizada das soluções;</p> <p>- Apresentação dos seguintes conselhos: Obstáculos para uma tomada de decisão:</p> <p>Indecisão- quando não se quer enfrentar os aspectos desagradáveis do risco, medo e ansiedade</p> <p>Dando voltas- recusa em encarar os factos, andando constantemente à procura de soluções, mas sem decidir por nenhuma;</p> <p>Exagero nas reações- há um descontrole emocional, perante o</p>	Interactivo	10 minutos

		<p>problema;</p> <p>Vacilação- volta-se atrás em decisões; pouco comprometido com a que se decidiu</p> <p>Meias medidas- fica-se na zona do conforto. Toma-se a decisão mais segura para evitar controvérsias, mas não se enfrenta o verdadeiro problema</p>		
AVALIAÇÃO	Perceber qual o impacto da reflexão nos jovens	- Aplicação de um pequeno questionário de avaliação da actividade	Individual	5 minutos

CASO 1

Tive uma educação muito repressora. Meus pais não me deixavam namorar, nem sair com os amigos. Agora estou apaixonada por uma rapaz que gosta imenso de mim, só que ele droga-se e quero ajudá-lo a sair dessa situação.

CASO 2

Alex, 16 anos, namora com Marina de 17 anos há quase um ano. Ele está terminando o 10º, e tem dúvida se segue os estudos ou se começa a trabalhar. Seus pais não são ricos e às vezes até enfrentam dificuldades. Há uma 1 semana Marina lhe contou que achava que estava grávida. Agora Alex tem que tomar uma decisão na sua vida.

FICHA PARA A TOMADA DE DECISÃO

VANTAGENS-----

DESVANTAGENS-----

ALTERNATIVAS-----

CONSEQUÊNCIAS-----

DECISÃO-----

