



UNIVERSIDADE  
**CATÓLICA** | INSTITUTO DE  
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

### **ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

# **A Adolescência na Transição para Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

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

**Laureano Sanches Galvão**

**LISBOA, Março, 2011**



UNIVERSIDADE  
**CATÓLICA**  
PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

### **ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

# **A Adolescência na Transição para Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

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

**Laureano Sanches Galvão**

**Sob a orientação de: Prof. Paulo Seabra**

**LISBOA, Março, 2011**

## **RESUMO**

Este relatório tem como principal objectivo, dar a conhecer a nossa experiência profissional em enfermagem numa unidade de saúde especializada que intervém na faixa etária da adolescência, deixando perceber os respectivos ganhos em saúde para o adolescente e família, bem como os resultados pessoais e profissionais alcançados.

Através da sua leitura, conhece-se o teor das actividades desenvolvidas num estágio que englobou dois módulos em torno da fase de desenvolvimento da adolescência. Um visou a promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção no âmbito da Consulta Externa, o outro que foi de opção, ocorreu em contexto de Hospital de Dia. Em qualquer dos dois módulos, as intervenções focaram o adolescente e família, embora no Hospital de Dia, e no que diz respeito ao adolescente, as intervenções se tenham desenvolvido primordialmente através do grupo. Ambos aconteceram na Clínica da Juventude.

À medida que se avança na leitura descortinam-se então as intervenções que visaram a saúde do adolescente, da sua família e/ou pessoas significativas. As intervenções foram aos três níveis de prevenção e resultaram em ganhos em saúde para a população, mais especificamente para o adolescente. Estes ganhos em saúde foram sentidos quer pelo adolescente, quer também pela sua família. Verificaram-se mudanças positivas nas relações familiares, nas relações com pares e nas relações com outros intervenientes nomeadamente professores.

A intervenção do enfermeiro desenvolveu-se em circunstâncias de cuidados complexas e por isso exigentes, numa unidade de saúde comunitária especializada como é a Clínica da Juventude.

Nele estão patentes conteúdos teóricos que fundamentam o exercício profissional especializado em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, bem como conteúdos que, clarificam a fase de desenvolvimento da adolescência e suas características inerentes.

Através de movimentos crítico-reflexivos, que emergem ao longo dos diferentes capítulos e que se articulam com o desenvolvimento de competências profissionais específicas, este relatório visa dar a conhecer um trabalho assente no uso de si enquanto enfermeiro, com vista a estabelecer uma relação de ajuda profissional com recurso a estratégias e princípios psicoterapêuticos.

Recorrendo à entrevista ao adolescente e sua família e ao trabalho centrado no adolescente ou no grupo de adolescentes, sempre assente numa articulação que se integrou na equipa, desenvolveu-se e consolidou-se um projecto de formação profissional avançada, que levou ao

alcance dos objectivos propostos e constituiu-se como uma experiência de desenvolvimento pessoal e profissional.

Palavras Chave: Adolescência; Família; Enfermeiro Especialista; Relação de Ajuda

## **ABSTRACT**

The main objective of the following report is to allow some understanding of our professional nursing experience, in a specialized health unit which works with adolescents.

Through its reading you may know the content of the developed activities in an internship which comprehended two modules. These two internship modules took place during the adolescent development phase. One aimed to promote the life styles, make the diagnosis and act on prevention, within the scope of the *Consulta Externa* and focused on the adolescent and their family. The other, which was optional, took place within the *Hospital de Dia* and within the intervention in the adolescents' therapeutic group and their families. Both occurred in the *Clinica da Juventude*.

As you read on, the interventions which aimed the adolescent's health are uncovered and so are their family and/or significant persons. The interventions reached the three levels of prevention and their outcome was a gain to the population's health, more specifically to the adolescent.

These health gains were felt both by the adolescent and their family. Positive changes have been made in family relations, pairs relations and relations with other intervenients such as the teachers.

Nurse's interventions were developed in complex and demanding caring circumstances, in a communitarian specialized health unit as is the *Clinica da Juventude*. You will find here the theoretical contents that substantiate the specialized professional exercise in mental health and psychiatry nursing, as well as contents that clarify the developing phase of adolescence and its inherent characteristics.

Through critical and reflexive movements, which emerge along the different chapters and that articulate with the development of specific professional skills, this report aims also, and therefore, to make known a work that is based in the use of the *self* in establishing a professional helping relationship, with resource to strategies and psychotherapeutical principles. This project was developed and funded using as resources the interview to the adolescent and the family and the work focused on the adolescent or on the adolescents' group, and having as basis the team's articulation. It consolidated into an advanced professional educational project which lead to the goals that were set and it built up to a professional and personal development experience.

Keywords: Adolescence; Family; Specialist Nurse; Helping Relationship

## **AGRADECIMENTOS**

A todos os que acreditam que a vida no mundo é muito mais do que a actual.

Aos Enfermeiros do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de São Francisco Xavier, pois com eles tenho realizado um percurso de exercício profissional com vários anos e com eles tenho mantido conversas inquietantes e discussões calorosas que em muito contribuíram e têm contribuído para o enriquecimento do meu percurso profissional.

Aos Enfermeiros da Clínica da Juventude, pois neles encontrei a minha equipa, encontrei a parceria que me fazia sentido, encontrei a «Enfermagem Especializada».

À Enfermeira Fernanda Pedro, pela experiência que me proporcionou e que me ajudou a construir, e que graças a si, foi possível fazer deste meu percurso um dos mais marcantes do meu exercício profissional enquanto enfermeiro.

À Enfermeira Paula Vaz e ao Enfermeiro João Marques, pela disponibilidade enorme que mostraram. Com eles foi possível debater todas as questões referentes ao grupo de adolescentes no Hospital de Dia bem como as minhas próprias questões.

A todos os Profissionais da Clínica da Juventude, que me acolheram e me fizeram sentir como se um deles eu fosse.

Ao Professor Paulo Seabra pela sua orientação disponível, objectiva e clarificadora.

À População. Nela encontrei a diversidade e a complexidade, e encontrei também quem procura e espera de quem encontrou.

Ao Adolescente. Nele encontrei tanto e tanta coisa. Encontrei a vida de uma forma que já tinha esquecido. No adolescente encontrei e encontrei-me.

À minha família onde quer que estejam, pois só através deles aqui estou hoje.

À praia e à terra em que estivémos juntos.

A nossa história é incrível.

Por último, ao amor da minha vida, que afinal existe.

E a ti, que estás quase a chegar..

Por fim..luz apagada.

## ABREVIATURAS

**Enf<sup>a</sup>** - Enfermeira

**Sr<sup>a</sup>** - Senhora

**Sr<sup>o</sup>** - Senhor

## INDICE

	Pág.
0 - <b><u>INTRODUÇÃO</u></b> .....	10
1 - <b><u>ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</u></b> .....	13
1.1 - <b>IDENTIDADE PROFISSIONAL E RELAÇÃO DE AJUDA NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO</b> .....	13
1.2 - <b>ENTREVISTA EM ENFERMAGEM</b> .....	17
2 - <b><u>A ADOLESCÊNCIA</u></b> .....	21
2.1 - <b>ADOLESCENTE E FAMÍLIA</b> .....	24
2.2 - <b>ADOLESCENTE E ESCOLARIDADE</b> .....	25
2.3 - <b>ADOLESCENTE E AGRESSIVIDADE</b> .....	27
3 - <b><u>MÓDULO I – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO</u></b> .....	30
3.1 - <b>CLÍNICA DA JUVENTUDE</b> .....	30
3.2 - <b>CLÍNICA DA JUVENTUDE – CONSULTA EXTERNA</b> .....	32
3.2.1 - <b><u>Consulta de acolhimento</u></b> .....	32
3.2.2 - <b><u>Contributo na formação de pares</u></b> .....	38
3.2.3 - <b><u>Articulação com outros profissionais</u></b> .....	39
4 - <b><u>MÓDULO III – OPÇÃO</u></b> .....	41
4.1 - <b>CLÍNICA DA JUVENTUDE – HOSPITAL DE DIA</b> .....	41
4.1.1 - <b><u>Grupo de adolescentes</u></b> .....	42
4.1.2 - <b><u>Entrevista e acompanhamento familiar</u></b> .....	47
4.1.3 - <b><u>Articulação com outros profissionais</u></b> .....	51
5 - <b><u>MÓDULO II – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM UNIDADES DE INTERVENÇÃO NA CRISE DO ADULTO</u></b> .....	53
5.1 - <b>DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER E DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO</b> .....	53
5.2 - <b>CREDITAÇÃO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	54
6 - <b><u>CONCLUSÃO</u></b> .....	55
7 - <b><u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b> .....	59
<b>APÊNDICES</b> .....	62
<b>APÊNDICE A – Sessões de Grupo</b> .....	63
<b>APÊNDICE B – Guião das Entrevistas de Enfermagem aos Familiares</b> .....	71
<b>ANEXOS</b> .....	73

<b>ANEXO I – Manual da Integração .....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO II – Ficha de Primeiro Atendimento .....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO III – Questionário de Conners para professores/para pais .....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO IV – CDI – Children’s Depression Inventory – M. Kovacs .....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO V – Quem sou eu? .....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO VI – Escala Visual de Figuras .....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO VII – Questionário de Perturbações do Humor .....</b>	<b>110</b>
<b>ANEXO VIII – Protocolo de Internamento em Hospital de Dia .....</b>	<b>112</b>

“O adolescente quer construir o seu mundo; e, até, um novo mundo: um mundo diferente daquele que lhe legaram, e mesmo lhe ensinaram a desejar, ou a suportar; um mundo em que possa viver melhor e com maior satisfação”

Coimbra de Matos

## **0 – INTRODUÇÃO**

A intervenção do enfermeiro especialista abrange diferentes contextos consoante os objectivos da sua intervenção que serão adequados a diferentes situações de cuidados com os respectivos níveis de complexidade inerentes. A população alvo das suas intervenções pode incluir diferentes faixas etárias.

Tendo por base as competências descritas pela Ordem dos Enfermeiros (2010), mais precisamente no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, o enfermeiro especialista assiste a pessoa, ajuda a pessoa e presta cuidados à pessoa ao longo do ciclo de vida na família, grupos e comunidade.

Até hoje, a experiência e percurso profissional têm incidido na prestação de cuidados à pessoa na idade adulta e respectiva família e/ou pessoas significativas em contexto de intervenção na crise. Com base nisto, o projecto não contempla a intervenção na crise, mas fundamenta com base no trabalho desenvolvido ao longo dos últimos anos e numa articulação estreita com as competências desenvolvidas, as razões pelas quais o referido módulo de estágio foi creditado. Este relatório centra-se por isso nos Módulos I e III, descrevendo e analisando as actividades desenvolvidas, que permitiram o alcance dos objectivos propostos para os estágios e permitiram o desenvolvimento das competências que são condição para a intervenção do enfermeiro especialista.

A experiência acumulada e o percurso desenvolvido, assentes na concretização de um projecto estruturado que visou responder a complexas circunstâncias que envolvem a saúde das pessoas, possibilitou prestar cuidados de enfermagem com qualidade que resultaram em ganhos em saúde para a população, e neste caso para uma faixa etária jovem, assumindo-se deste modo a conformidade com o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, que encontra lacunas precisamente nos cuidados de saúde prestados neste período do ciclo de vida.

Reflectindo sobre o nosso percurso profissional, sentimos que uma experiência que incidisse numa faixa etária diferente - adolescência - e numa perspectiva comunitária fosse uma mais-valia no desenvolvimento de uma compreensão mais fidedigna e abrangente dos actuais cenários da saúde mental e respectivas necessidades em cuidados de saúde. Seria também uma forma de potenciar não só a abrangência do nosso exercício profissional, como também uma forma de completar o nosso perfil enquanto enfermeiros, desenvolvendo competências de futuro enfermeiro especialista agora publicadas em Diário da República.

O facto de ser num âmbito comunitário, possibilita a convergência com o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (Portugal, 2008, p. 13) que refere que “os cuidados devem ser prestados no meio menos restritivo possível e que a decisão de internamento só deve ser tomada quando esgotadas todas as alternativas de tratamento na comunidade” e acrescenta que em Portugal “é urgente desenvolver serviços e programas que permitam respostas de

qualidade às necessidades de cuidados da infância e adolescência, a nível da prevenção e do tratamento (...)” (Portugal, 2008, p. 24).

O projecto que serviu de base à realização dos dois módulos referidos foi implementado na Clínica da Juventude – equipa da Área da Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar Lisboa Central – responsável pela prestação ambulatória de cuidados de saúde mental a utentes com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos.

Decorreu desde o mês de Abril até ao mês de Setembro de 2010 com uma breve interrupção para período de férias académicas.

O presente relatório faz parte do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.

O relatório pretende por um lado veicular e dar então a conhecer a nossa experiência com o adolescente e respectiva família e/ou pessoas significativas, no que diz respeito ao projecto desenvolvido na Clínica da Juventude e por outro lado, pretende focar e deixar perceber os ganhos pessoais e profissionais obtidos no percurso realizado no âmbito desta formação, destacando-se as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, que julgamos ter desenvolvido, consolidado e integrado na nossa prática profissional.

De uma forma global, as actividades possibilitaram a promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, prevenção de situações prejudiciais à saúde e ainda intervenções de formulação de hipóteses de diagnósticos.

A descrição e análise das actividades pressupõe um movimento crítico-reflexivo que personaliza e deixa transparecer os contornos da identidade profissional inerente ao exercício de enfermagem. Não foi contudo possível deixar aqui patente uma reflexão tão exaustiva quanto se desejava, dadas as naturais limitações que se prendem com o número total de páginas permitido.

O relatório está dividido em diferentes capítulos. Começa com um enquadramento conceptual de enfermagem no qual se encontra a orientação principal da nossa prática clínica e consequente identidade profissional. Apoiar-se em figuras centrais da enfermagem que contribuíram e contribuem para a actualização da profissão face às extremamente complexas situações de saúde com que nos temos deparado e continuamos a deparar. Segue-se um enquadramento teórico, que se debruça sobre a adolescência e nalguns dos principais aspectos relacionados com essa etapa do desenvolvimento. Escolheram-se para isso autores conceituados e que se dedicaram e se têm dedicado exaustivamente a este tema.

O relatório permite depois a leitura que esclarece o percurso feito em estágio no decurso dos seus módulos. Através dos sub-capítulos escolhidos é possível perceber as actividades desenvolvidas e o que resultou da realização das mesmas.

Essas actividades procuraram responder aos seguintes objectivos formulados:

1. Integrar a equipa multidisciplinar da Clínica da Juventude;
2. Realizar consultas de acolhimento ao adolescente e família na Consulta Externa;
3. Realizar intervenções terapêuticas direccionadas ao adolescente e família;
4. Contribuir na formação de pares;
5. Realizar intervenções terapêuticas no grupo de adolescentes no Hospital de Dia;
6. Realizar intervenções terapêuticas individuais no adolescente no Hospital de Dia;
7. Realizar acompanhamento terapêutico de famílias no Hospital de Dia.

O relatório está então organizado consoante os dois locais de estágio - a Consulta Externa e o Hospital de Dia - ambos pertencentes à Clínica da Juventude, e respectivas actividades desenvolvidas, que acreditamos terem possibilitado o alcance de todos os objectivos propostos. As actividades foram desenvolvidas em continuidade e em simultâneo.

Após a conclusão, encontram-se as referências bibliográficas através das quais se procurou fundamentar da forma mais personalizada e mais pertinente possível, no sentido de suportar o trabalho desenvolvido.

Ao longo do relatório encontram-se referenciados apêndices e anexos que ajudam a conhecer e a compreender aspectos inerentes às actividades desenvolvidas.

Para elaboração do relatório foi adoptada a norma bibliográfica NP 405.

## **1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

Este capítulo procura enquadrar o leitor nos aspectos profissionais da relação entre um enfermeiro e um cliente, bem como nos reflexos da intervenção terapêutica em ambos. Os autores escolhidos suportam e personalizam a fundamentação da relação de ajuda profissional, na qual emerge a identidade profissional do interveniente através da mobilização de si enquanto instrumento terapêutico, tendo por pano de fundo um determinado contexto e as histórias de vida de cada um. Pretende-se por isso que o interveniente ajude o cliente no sentido deste último promover a mudança que ele próprio ambiciona, mas que, muitas vezes, pode desconhecer. Através da entrevista, define-se e constrói-se parte do projecto de saúde da pessoa ajudada.

### **1.1 - IDENTIDADE PROFISSIONAL E RELAÇÃO DE AJUDA NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO**

Segundo Peplau, e como referido por Howk (2004, p. 428) a enfermagem constitui-se como “um processo interpessoal, significativo e terapêutico”, para além de que constitui “um instrumento educativo, uma força de maturação que tenciona promover o movimento de progresso da personalidade no sentido de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária”.

Na especificidade da relação de ajuda, Phaneuf (2005, p. 324), refere que esta “(...) desenvolve-se no decurso de uma entrevista que visa a compreensão profunda do que vive a pessoa ajudada, da sua maneira de compreender a sua situação e de perceber os meios de que dispõe para resolver os seus problemas e para evoluir como ser humano”.

Na definição elaborada por esta mesma autora, a relação de ajuda pressupõe uma troca verbal e não verbal profunda favorecendo um clima de compreensão e fornecendo o apoio que a pessoa necessita. Pressupõe evolução pessoal e a procura por uma autonomia crescente (Phaneuf, 2005, p. 324).

Para Chalifour (2008),

*“(...) a relação de ajuda consiste numa interacção entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adopta um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objectivos a alcançar. Os objectivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade” (p.33).*

Os cuidados de enfermagem devem estar enquadrados com as realidades, dado que os contextos sociais, culturais e económicos bem como as características e dinâmicas familiares influenciam o desenvolvimento do adolescente. Tal como referido por Braconnier e Marcelli (2000, p. 42) “a adolescência apresenta pois características especiais em função das épocas, do ambiente cultural, social e económico”.

A relação de ajuda estabelecida com o adolescente em risco, ou já em situação de doença, constitui um elemento terapêutico preponderante na construção de um adulto mais saudável e mais integrado na sua comunidade.

A Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (Portugal, 2007, p. 43) evoca a World Health Organization, que refere que “considerando que há um grau elevado de continuidade entre as perturbações da infância e da adolescência e as da idade adulta, a intervenção precoce pode prevenir ou reduzir a probabilidade de incapacidade a longo prazo”.

Uma intervenção profissional especializada pressupõe contudo um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Na utilização de si como principal instrumento terapêutico, o enfermeiro enfrenta as dinâmicas resultantes das transformações operantes e operadas respectivamente no e pelo adolescente.

Neste sentido será importante que cada enfermeiro procure e desenvolva estratégias que permitam um crescimento pessoal que levem a um maior conhecimento de si, o que certamente potenciará o referido uso de si na relação. Seguramente terá mais segurança e maior capacidade de gerir circunstâncias de cuidados complexas, por vezes adversas e até por isso sentidas como «difíceis».

A título de exemplo, os membros de uma equipa de um hospital de dia, e segundo Coimbra de Matos (2002),

*“devem ter superado os seus próprios problemas infantis de ciúme e inveja, temores de castração, etc., numa razoável solvência do conflito edípiano; para não reeditarem um confuso diálogo com os doentes, onde eles próprios, membros da equipa, se implicarão como personalidades afectadas e incapazes de compreender o doente”* (p. 68).

Nesta linha de pensamento, a identidade profissional intrínseca ao exercício profissional, só será consistente se consolidada com referenciais teóricos que sustentem e fundamentem um exercício profissional estruturado e competente.

Segundo Phaneuf (2005, p. 3) a competência em enfermagem inclui duas componentes fundamentais, que são a “mobilização das capacidades pessoais da enfermeira” e “a mobilização dos seus saberes e saber-fazer aplicados aos cuidados de enfermagem”.

Daí que competência profissional pressupõe entre outras características um tipo de construto que não seja somente, e citando a mesma autora, “a soma dos nossos saberes e das nossas capacidades” (Phaneuf, 2005, p. 3, 4). Pressupõe uma articulação dinâmica entre estes dois vectores.

A mesma autora faz depender qualidades como a autoconfiança e autoestima, do autoconhecimento, ou seja, “(...) para conseguir desenvolver estas qualidades (autoconfiança e autoestima) é preciso em primeiro lugar autoconhecer-se” (Phaneuf, 2005, p. 177).

Howk (2004), quando se refere a Peplau, mais concretamente aos seus dois principais pressupostos, refere que:

*“1. O tipo de pessoa que a enfermeira se torna faz uma diferença substancial naquilo que cada doente irá aprender enquanto recebe os cuidados de enfermagem.*

2. *Alimentar o desenvolvimento da personalidade no sentido da maturidade é uma função da enfermagem e do ensino da enfermagem. A enfermagem utiliza princípios e métodos que orientam o processo no sentido da resolução de problemas interpessoais* (p. 428).

Chalifour (2008, p. 23), a propósito de auto-conhecimento e referenciais teóricos refere que, “o trabalho profissional exige um bom conhecimento de si, do seu papel, dos fundamentos teóricos que conduzem a sua prática e dos processos em curso numa relação de ajuda e nas intervenções de carácter psicoterapêutico” .

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010) o enfermeiro especialista,

*“(...) para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução” (p.1).*

Centrando-se no enfermeiro e no “cuidar”, Chalifour (2008, p. 24), refere que “este cuidar situa-se antes de mais na qualidade da relação que se estabelece entre ele e o cliente. E é na forma de fazer e de estar nesta relação que se situa o aspecto terapêutico do cuidado”.

O mesmo autor acrescenta que, “(...) a partir deste conhecimento de si, do seu papel e dos conteúdos teóricos em que acredita, o interveniente define a sua própria concepção de relação de ajuda profissional, que se reflectirá no seu modo particular de fazer e estar ao longo das suas intervenções” (Chalifour, 2008, p. 24).

Considerando o estágio realizado e o seu contexto, identificam-se diferenças relativamente à nossa área de intervenção actual, não só pela diferente faixa etária a que se destina, como também pelas naturais diferenças que existem entre serviços de saúde de internamento e serviços de saúde comunitários. A gestão de cuidados que foi necessária estabelecer diariamente exigiu um ritmo e uma estrutura de trabalho diferentes. De acordo com o atrás descrito pelos vários autores, o modo de estar e de fazer foi transposto para um novo contexto de situações de cuidados com características distintas.

A relação que se estabelece tem por isso contornos diferentes mediante todo o contexto. O enfermeiro intervém mobilizando e mobilizando-se de acordo com a população alvo e as suas características, e de acordo com o ambiente onde decorre a relação. Segundo Chalifour (2008, p. 27), o contexto e o ambiente constituem-se como o terceiro elemento do modelo de relação de ajuda profissional.

Neste sentido, e quando aborda o modelo de relação de ajuda profissional, Chalifour (2008, p. 27) fala em variáveis que estão ligadas ao cliente, ao interveniente e à própria instituição. Em relação ao cliente são as suas características e a razão que o levou a consultar, bem como às expectativas que apresenta. No que diz respeito ao interveniente, temos o estatuto profissional e competências. As variáveis da própria instituição estão relacionadas com a sua filosofia e finalidade, políticas de funcionamento e estruturas de organização do trabalho. O ambiente

onde decorre a relação, está ainda e naturalmente associado a uma vertente física, na medida em que a ajuda profissional pode desenvolver-se em diferentes locais.

Segundo o mesmo autor, e abordando os outros três componentes do modelo de relação de ajuda profissional, o cliente é o primeiro componente do modelo de relação de ajuda profissional.

“A pessoa que sente uma necessidade de ajuda pode ser considerada um sistema aberto, composto por características biológicas, cognitivas, sociais, afectivas e espirituais” (Chalifour, 2008, p. 14), sendo que estas características são interdependentes num plano energético, pressupondo que trocam energia, matéria e informação com o ambiente. Será no resultado destas interacções que a pessoa viverá conflitos, frustrações e ameaças que se manifestam sob forma de stress e ansiedade (Chalifour, 2008, p. 15). Apresentará assim uma necessidade de ajuda resultante destas interacções, que poderá assumir diferentes formas.

A este respeito a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.1) refere que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, “(...) compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projecto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afectada pelos factores contextuais”.

O segundo componente do modelo, o interveniente, que neste caso é o enfermeiro, representa para o autor um também sistema aberto que, para além de possuir idênticas características humanas, possui também “habilidades e atitudes ligadas ao seu papel profissional” (Chalifour, 2008, p. 22, 23). Os conhecimentos que detém estão relacionados com o conhecimento de si, do seu papel e dos conceitos teóricos necessários às suas intervenções numa relação de ajuda. As habilidades simbolizam no fundo o resultado da articulação entre as suas características pessoais e os seus conhecimentos profissionais (Chalifour, 2008, p. 24).

Os processos presentes no modelo de relação de ajuda são o último e quarto componente. São a relação estabelecida através da comunicação, a entrevista e as intervenções com carácter psicoterapêutico. Chalifour (2008, p. 33) a este propósito salienta que (...) “é indispensável que o interveniente reconheça que a comunicação ultrapassa amplamente a troca de informações e que implica uma dimensão relacional multifacetada que as partes não podem ignorar”.

Quase como que num pano de fundo, Betty Neuman através dos seus pressupostos de totalidade e visão sistémica, reforçam um panorama de interacção e de trocas. O Modelo de Sistemas de Neuman acaba por constituir “uma abordagem de sistemas dinâmica e aberta ao cuidar do cliente”. Tudo no sentido de uma compreensão mais conseguida das interacções que o cliente estabelece com o ambiente (Freese, 2004, p. 337). Betty Neuman no seu conceito de totalidade vê os clientes como um todo em que as partes estão em interacção dinâmica (Freese, 2004, p. 337).

Segundo Dias (1992, p. 46), “o modelo deve ser entendido como um sistema aberto, com duas componentes, o stress e a reacção a este”. Daí que, e segundo esta autora, o ambiente “(...) é visto como o conjunto de forças internas e externas que rodeiam o homem em qualquer momento”. A saúde em geral e nas famílias em particular é vista num processo de continuidade e não como partes separadas em perspectivas dicotómicas (Dias, 1992, p. 48).

Quase em suma poder-se-à dizer que de acordo com os três níveis de prevenção de saúde e respectivas intervenções, no primeiro nível e de acordo com Dias (1992, p. 49), o objectivo passa por “(...) fortalecer a linha flexível de defesa, por exemplo, o ensino para a saúde, a prevenção e eliminação de factores de risco”, e no segundo nível de prevenção, o objectivo passa por “(...) fortalecer a linha normal de defesa. A intervenção centra-se nas estratégias para inverter as respostas desadaptadas do utente”. No último e terceiro nível, o objectivo passa por “(...) fortalecer as linhas de resistência e manter a estabilidade do sistema, a estratégia recorre a técnicas de motivação e objectivos progressivos, que ajudem o utente a adaptar-se a um novo estilo de vida se necessário”.

O significado de continuidade estende-se também no percurso que cada pessoa acaba invariavelmente por realizar. A Ordem dos Enfermeiros salienta por isso que a intervenção do enfermeiro especialista deve considerar todo o percurso da pessoa, assistindo-a e ajudando-a nesse mesmo percurso. A intervenção reparte-se pelas diferentes faixas etárias e pela importância que isso assume no seguimento e compreensão das problemáticas da saúde mental das populações. A Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 1) acrescenta ainda, e referindo-se à especificidade da intervenção do enfermeiro especialista que, “durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, essa especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e protecção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial”.

A identidade profissional e relação de ajuda, constituem-se naturalmente como dois lados da mesma moeda que se vêm potenciadas por um exercício profissional de enfermagem especializado que visa atender as necessidades de ajuda do cliente e promover a mudança.

## **1.2 – ENTREVISTA EM ENFERMAGEM**

Tanto no estágio do módulo I como no estágio do módulo III, a entrevista constituiu uma técnica indispensável para a concretização das intervenções planeadas. Na Consulta Externa teria sido impossível desenvolver as actividades sem a sua utilização e sem conhecimentos teóricos da mesma. No Hospital de Dia não teria sido possível desenvolver o trabalho com os adolescentes, bem como não teria sido possível concretizar o projecto de acompanhamento familiar a que nos propusémos.

Para Phaneuf (2005, p. 250) a entrevista em enfermagem “(...) é uma permuta entre a enfermeira e a pessoa de quem ela cuida ou a sua família e para a qual elabora objectivos particulares relativos à colheita de informações, à transmissão de conselhos ou de explicações e ao suporte psicológico e à resolução de problemas”.

Chalifour (2009, p. 58) evocando Bermosk e Mordan (1964), refere que “a entrevista em cuidados de enfermagem é primeiramente uma comunicação verbal ao longo de uma interacção de uma enfermeira com um paciente, uma família ou um grupo, relativa à manutenção, a promoção ou a restauração da saúde”.

O mesmo autor, evoca também Salomé (1986), no âmbito da entrevista «de ajuda», e refere que esta “(...) tem como objectivo a compreensão profunda (ou renovada) do que se passa para o que pede ajuda, a descoberta do modo como experimenta a situação que lhe causa problema, a clarificação progressiva da sua vivência e a descoberta de meios ou recursos que permitam uma mudança” (Chalifour, 2008, p. 58).

O mesmo autor (2009), define entrevista como,

*“(...) um tipo particular de interacções verbais e não verbais formais entre um interveniente e um cliente ou um grupo de clientes, ao longo das quais os participantes utilizam determinados modos de fazer e de estar em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características, do assunto tratado, dos objectivos visados e do tempo que acordam para este fim (p. 59,60).*

Tendo em conta estas definições de entrevistas há que considerar alguns aspectos que as influenciam, entre os quais a motivação (Chalifour, 2009). No que concerne à motivação, nem sempre o pedido de ajuda parte do próprio, o que pode intervir na sua motivação para participar e colaborar na mesma. Existem por isso situações, que são perfeitamente identificadas nas quais “(...) o cliente consulta a pedido, por exemplo, de um membro da sua família, de um empregador ou de um profissional de saúde” (Chalifour, 2009, p. 61).

As características do cliente assumem igualmente particular importância no contexto da entrevista a par da motivação. O seu estado mental e físico, a sua idade e a escolaridade influenciam a sua participação na entrevista (Chalifour, 2009, p. 64).

Neste contexto, mais uma vez emerge o conhecimento que o enfermeiro tem de si e, como tal, a consciência do impacto que a sua postura em entrevista pode provocar. São importantes para isso as competências e as habilidades demonstradas para fazer face às características de cada cliente. Neste sentido o enfermeiro, “(...) deve reconhecer-se certas competências para ajudar a pessoa que solicita a sua ajuda, acrescidas de uma considerável disponibilidade física e emocional, e de uma vontade de ajudar (Chalifour, 2009, p. 63).

O assunto a tratar, os objectivos da entrevista e o tempo acordado para esse fim, influenciam também a entrevista.

A entrevista tem na sua constituição etapas que são nomeadas e descritas de forma diferente consoante diferentes autores.

Phaneuf (2005, p. 251) define quatro etapas da entrevista sendo elas a preparação, a orientação, a exploração e a conclusão.

Na fase de preparação a autora formula quatro questões:

1. “Para que deve servir esta entrevista?”
2. “De que natureza deve ser?”
3. “Qual deve ser o seu objectivo principal?”
4. “Quais são os meios de que disponho?”

Com base nas respostas a estas questões formuladas por Phaneuf, o enfermeiro reúne as condições necessárias de preparação da entrevista.

A fase de orientação segundo Phaneuf (2005, p. 256), “(...) inicia-se no primeiro contacto com a pessoa cuidada. É o momento em que a enfermeira e o doente tomam conhecimento um do outro (...)”.

Na fase de exploração a enfermeira promove a comunicação recorrendo para isso a habilidades que detém apoiando a pessoa e ao mesmo tempo ajudando-a a clarificar o que comunica (Phaneuf, 2005, p. 258).

A última fase, de conclusão ou separação, deve ser “(...) a ocasião de relembrar os objectivos atingidos e o caminho percorrido para os atingir ou, em certos casos, de mostrar o que não pode ser realizado e de aprofundar as razões disso” (Phaneuf, 2005, p. 262).

Especificamente e no que concerne à natureza da entrevista, define também três tipos de entrevista consoante os objectivos da mesma, as características da pessoa e as competências da enfermeira. São elas, a entrevista directiva, a não directiva e a semi-directiva.

Por outro lado, Chalifour (2009, p. 67-82) define cinco etapas para a entrevista, sendo elas: antes da entrevista; o início; o corpo; o fim e o após.

A etapa «antes da entrevista» está relacionada com a preparação da mesma. As expectativas do enfermeiro, o momento do dia, o local em que ocorrerá e os meios a utilizar são alguns aspectos englobados nesta fase segundo o autor.

O «início da entrevista» começa assim que as pessoas entram em contacto, e acaba aquando da clarificação das expectativas e dos meios que prevêem utilizar para o alcance dessas expectativas.

No «corpo da entrevista» o autor refere-se à “(...) altura em que as pessoas estão em contacto, que começaram a clarificar o objectivo da entrevista e as modalidades de desenvolvimento”(...) (Chalifour, 2009, p. 78). A etapa termina assim que o objectivo for atingido ou assim que o tempo planeado se esgota.

A etapa «o fim da entrevista», termina quando as pessoas se separam.

Na última etapa, ou seja, «após a entrevista», o interveniente faz um retorno sobre os momentos cruciais do encontro. Pode actualizar o registo no processo do cliente e pode também centrar-se naquilo que sentiu em determinado momento da entrevista.

Quanto ao tipo de entrevistas, estes variam de acordo com o local de trabalho e os objectivos do enfermeiro (Phaneuf, 2005, p. 264). A este propósito a mesma autora classifica diferentes

tipos de entrevista nomeadamente a de colheita de dados, a de informação e de ensino, a de ajuda para a pessoa que tem necessidade de apoio psicológico, a de ajuda informal, a de ajuda formal, a de ajuda para modificação de certos comportamentos, a de ajuda para a resolução de problemas e de conflitos, a de ajuda em situação de crise e a de grupo (Phaneuf, 2005, p. 264-319). Por outro lado Chalifour (2009, p. 82-110) considera a existência da entrevista inicial e a entrevista única, a entrevista formal estruturada e a entrevista formal não estruturada e as entrevistas frequentes e de curta duração no contexto de uma relação de ajuda profissional. A utilização dos diferentes tipos de entrevista requer uma adaptação e contextualização das mesmas que depende das diferentes situações.

## **2 – A ADOLESCÊNCIA**

Existem várias abordagens e várias definições para a adolescência. Em seu redor estão subjacentes significados de transição, crescimento e mudança.

Neste capítulo pretende-se abordar de uma forma sucinta alguns aspectos importantes em torno da adolescência, entre os quais se indicam algumas definições e modelos explicativos da adolescência, bem como as relações entre adolescência, família e escolaridade e ainda a agressividade na adolescência.

A adolescência como fase de transição implica então a passagem de ser-se criança para o ser-se adulto. Segundo afirma Kestenberg, referido por Marcelli e Braconnier (2005),

*“o adolescente é simultaneamente uma criança e um adulto; mas na realidade ele já não é uma criança, e ainda não é um adulto. Este duplo movimento de negação da sua infância, por um lado, e procura dum estatuto adulto estável, por outro, constitui a própria essência da «crise», do «processo psíquico» que todo o adolescente atravessa”* (p. 23).

As vivências da infância e a forma como se processa esse estágio são fundamentais para as vivências futuras nomeadamente as negativas. Neste sentido, “o modo como as ligações afectivas e emocionais se organizam na infância influenciam as capacidades do indivíduo para lidar, com uma certa flexibilidade, com acontecimentos de vida negativos” (Bowlby citado por Saraiva, 2006, p. 145).

As transformações ocorridas na adolescência não são exclusivamente físicas, o que leva autores como Marcelli e Braconnier (2005, p. 37) a referir que “(...) a insistência nas transformações físicas da puberdade levou a descrever um verdadeiro processo psíquico designado sob o substantivo de «pubertário», que seria para a psique o que a puberdade é para o corpo (...)”.

A avaliação do ambiente é determinante para uma correcta interpretação do adolescente nomeadamente ao nível das questões sociais e culturais. Marcelli e Braconnier (2005, p. 447) indicam que “(...) alguns sociólogos chegam mesmo a declarar que a adolescência constitui um fenómeno puramente social, próprio do modelo de desenvolvimento e do modelo educativo adoptado pelas nossas sociedades ocidentais”. Essas questões não devem contudo ser hipervalorizadas. Precisamente por isto, Marcelli e Braconnier (2005, p. 447), referem que “mas também é verdade que se pode, pelo contrário, atribuir um significado excessivo a alguns comportamentos do indivíduo se não forem esclarecidas as condições ambientais nas quais surgiram, e atribuir um significado patológico ao que pode ser apenas conformidade com normas sociais externas ao indivíduo”.

Ladame, evocado por Marcelli e Braconnier (2005) refere que

*“a patologia do adolescente deve ser compreendida constantemente segundo uma dupla perspectiva: por um lado, a patologia do adolescente está muitas vezes relacionada com vicissitudes inscritas no primeiro desenvolvimento mas, por outro lado, a actualização dessa patologia na adolescência revela os defeitos do presente ambiente”* (p. 449).

Seguidamente abordam-se de forma resumida quatro perspectivas que representam quatro possíveis modelos explicativos da adolescência. Através deste enquadramento teórico inicia-se desde já uma articulação entre as teorias explicativas do desenvolvimento do adolescente e consequentes perturbações psicopatológicas com aspectos relacionados com as nossas intervenções que serão abordadas a fundo num capítulo mais à frente.

No modelo fisiológico e à parte das especificidades que traduzem e explicam as alterações corporais nos rapazes e nas raparigas, é de salientar as variações individuais e colectivas no que diz respeito aos avanços pubertários. Se por um lado, e tendo em conta variações individuais, estão referidos limites cronológicos extremos que apontam a variação nas raparigas entre os 8 e os 14 anos e os 10 e os 16 anos no rapaz, isto não significa que o que aconteça fora deste período signifique um desenvolvimento anormal. Marcelli e Braconnier (2005, p. 28) acrescentam a isto que “neste intervalo comumente aceite existem dados genéticos de avanço ou de atraso, e dados do ambiente: saúde, alimentação, exercício físico, nível socioeconómico, que influem sobre a data da puberdade para mais ou menos”. Por outro lado, e segundo os mesmos autores, “as variações colectivas de avanço pubertário secular não deixam de criar um problema de civilização” (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 28). Referem ainda que “o avanço secular da data da puberdade forma pessoas jovens numa idade em que a actividade sexual é socialmente reprimida, enquanto, há alguns séculos atrás, o desenvolvimento pubertário era muito mais tardio e coincidia praticamente com a entrada na vida profissional” (Marcelli e Braconnier, 2005, p.28). Concluindo esta perspectiva fisiológica “pode dizer-se que a evolução fisiológica vai na direcção oposta da evolução social, o que conduz a distender ao máximo o período da adolescência” (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 29).

No modelo sociológico, os sociólogos debruçam-se sobre a adolescência com duplo ponto de vista, ou seja, “o dum período de inserção na vida adulta e o dum grupo social com características socioculturais particulares” (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 29). Neste seguimento estes autores referem que “a adolescência será diferente, segundo as épocas, segundo as culturas e segundo os meios sociais”. Numa abordagem cultural e olhando as sociedades ocidentais nas quais a nossa está incluída, “a comunidade dos adultos, pela complexidade das tarefas e pela abstracção cada vez maior das funções da cada um, demonstra-se incapaz de propôr às crianças uma série de modelos identificatórios e um sistema de valor pedagógico, profissional, moral, etc., que tenham em conta mudanças permanentes” (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 31). Bruner referido por Marcelli e Braconnier (2005, p. 31) realça assim “(...) uma espécie de alteração de perspectiva: perante um mundo em permanente mudança, a adolescência ao ser ela própria caracterizada como um período de

modificação, surge como uma espécie de modelos social e cultural tanto para crianças como para os adultos”.

Num modelo psicanalítico, e tendo em conta Freud, Marcelli e Braconnier (2005, p. 34) referem que “(...) cada um reconhecerá a importância da puberdade, o papel desempenhado pelo acesso à sexualidade e, consecutivamente o reagrupamento das pulsões parciais sob o primado da pulsão genital”. Aspectos mais específicos tais como a excitação sexual e as modificações pulsionais, o corpo, o luto e a depressão, os mecanismos de defesa, o narcisismo, o ideal do Ego, ou o problema da identidade e das identificações são alvo das abordagens e consequente caracterização da adolescência por parte dos diferentes autores no que concerne à perspectiva psicanalítica (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 34).

De uma forma global o adolescente quando exposto às suas pulsões “(...) deve rejeitar os seus pais, cuja presença reactiva os conflitos edipianos e ameaça-o dum incesto agora realizável; mas, no mesmo movimento, ele vai ao ponto de rejeitar as bases identificatórias da sua infância, quer dizer dos seus imagos parentais” (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 34, 35). Acrescentam que “(...) no entanto, a descoberta duma identificação de adulto só poderá surgir pela inserção deste adolescente no seio da linha familiar, daí a sua procura desesperada de uma imagem de si pelas raízes culturais, no grupo social ou nas recordações familiares” (*ibidem*).

Por fim, o modelo cognitivo. Piaget e Inhelder, referidos por Marcelli e Braconnier (2005, p. 49), “(...) descreveram o surgimento de uma nova forma de inteligência, mais especificamente a inteligência operatória formal cujas estruturas desenvolvem-se entre os 12 e os 13 anos”. Segundo Marcelli e Braconnier (2005, p. 49), outros autores (...) “fazem referência a uma aprendizagem no período da adolescência, aprendizagem essa centrada nas relações sociais; esta referência à aprendizagem social contém implícita uma evocação à importância do funcionamento intelectual” e acrescentam que “a *contrario* as perturbações afectivas e comportamentais extremamente significativas provocadas pela puberdade nas crianças encefalopatas mostram claramente como «a inteligência» na sua concepção mais alargada é um fenómeno necessário para que o adolescente possa assumir e integrar as modificações corporais afectivas e relacionais que se operam dentro e à volta dele” (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 49).

Dias (2009, p. 55) referindo-se a Kroger (2000) e Unicef (2002) indica que “a adolescência é uma etapa do desenvolvimento do ser humano em que ocorrem várias transformações simultaneamente – as alterações do corpo, do pensamento, da personalidade e da vida social, com o reforçar de laços com o grupo de pares e a autonomização face aos pais”.

Coimbra de Matos (2002, p. 109) por seu lado refere-se à adolescência como “(...) um período em que a vida mental é extremamente intensa e móvel; condicionada que está, por um lado, pela enorme *pressão dos instintos*, por outro, pelo *alargamento do conhecimento* das pessoas, das coisas, dos fenómenos e de si próprio”.

A identidade constrói-se numa relação dinâmica com o mundo. Saraiva (2006, p. 147) refere que “a crise da adolescência, com os seus tédios e vazios, parece ser necessária à aquisição e consolidação da identidade. Além disso, o próprio aborrecimento ajuda a definir as fronteiras da solidão e da dor psíquica, determinante para a autonomia e individualização”.

A interpretação da adolescência depende assim de diferentes perspectivas de diferentes autores, que procuram através das suas teorias facilitar a compreensão desta fase do desenvolvimento.

## **2.1 – ADOLESCENTE E FAMÍLIA**

No decorrer do estágio, e no âmbito das intervenções desenvolvidas quer na Consulta Externa quer no Hospital de Dia, foi possível conhecer parte de contextos familiares que assentavam muitas das vezes em relações conflituosas denotando os elementos da família dificuldades significativas quer na compreensão dos acontecimentos ocorridos quer na gestão desses mesmos acontecimentos.

Embora numa primeira instância o verdadeiro motivo das dificuldades familiares estivesse centrado no adolescente, nem sempre era realmente assim.

“Hoje em dia, a avaliação do ambiente familiar de um adolescente em dificuldade deve ser incluída no conjunto da abordagem clínica” (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 453).

Foi possível perceber que as relações estabelecidas entre os diferentes elementos da família são diversas e que uma avaliação correcta das mesmas permitirá um diagnóstico mais correcto e uma intervenção mais frutuosa. Os motivos das dificuldades sentidas quer pelo adolescente quer pelos familiares pode ter a sua origem em qualquer uma das partes e podem incluir por exemplo situações familiares de ruptura. “Assim Rutter e colaboradores (1961) notam que as dificuldades psicológicas durante a adolescência estão associadas a diversos indícios de patologia familiar: divórcio ou mau entendimento parental crónico, doença mental parental, instabilidade dos pais, etc.” (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 453).

Os mesmos autores acrescentam que “no conjunto, pode dizer-se que quanto mais o adolescente manifesta um comportamento patológico ou desviante, mais as relações entre esse adolescente e os seus pais parecem insatisfatórias, conflituosas e medíocres” (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 454). A fase da adolescência em que o adolescente se encontra, bem como a estabilidade da relação entre os pais, são porventura factores que determinam as características das relações familiares. Se por um lado o adolescente, e por si só, pode apresentar as suas dificuldades em vivenciar a adolescência, por outro lado, os pais podem apresentar comportamentos patológicos ou atravessarem fases de vida pautadas por instabilidade. Marcelli e Braconnier (2005, p. 454) fazem referência a 3 tipos de posição:

- 1) Os conflitos relacionais entre os pais e adolescentes podem ser interpretados como resultado do processo da adolescência em que naturalmente o adolescente se opõe aos pais;

2) As dificuldades do adolescente em assumir a o seu crescimento e a sua autonomização por um lado e por outro lado a dificuldade dos pais em ultrapassar aquilo a que se chamou de «crise parental».

3) Os comportamentos desviantes do adolescente resultam em grande parte das atitudes patológicas parentais.

Diferentes aspectos devem ser considerados na avaliação dos contextos familiares. “Entre os factores que seria necessário ter em consideração pode-se referir: a idade do adolescente, o estágio de desenvolvimento ao qual chegou, o sexo, a qualidade da maternagem precoce, a capacidade dos pais para manterem o adolescente ao abrigo do conflito parental ou, pelo contrário, fazê-lo participar nele” (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 469).

Os pais dos adolescentes que acolhemos na Consulta Externa e os pais dos adolescentes que frequentavam o Hospital de Dia eram muitas das vezes pais separados, com deficiente comunicação entre si ou até mesmo inexistente. Existiram também casos em que o contacto do adolescente com um dos pais pode ser quase inexistente ou até nem existir. A impossibilidade em conhecer pai e mãe ocorreu em vários casos e acabou por dificultar a avaliação familiar. Como referem Marcelli e Braconnier (2005, p. 469), “as consequências de um divórcio parental sobre o equilíbrio psicoafectivo do adolescente são difíceis de avaliar devido à multiplicidade dos factores intervenientes”. As dificuldades na vivência do processo de luto podem igualmente ser determinantes no processo de desenvolvimento do adolescente.

“A perda de um progenitor constitui evidentemente um factor de risco e uma ingerência no desenvolvimento que pode induzir desvios no processo de crescimento” (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 473). Neste seguimento, “quanto mais próximo do período da adolescência ocorre o falecimento, mais ele constitui um traumatismo psíquico habitual. Neste caso, a depressão e os sintomas que lhe estão associados (desinteresse, isolamento social, desinvestimento escolar, perturbações somáticas diversas, etc.) estão com frequência em primeiro plano” (Marcelli e Braconnier, p. 474).

A família e o ambiente proporcionado pela mesma, que depende por sua vez dos elementos que a constituem e das relações que estabelecem entre si, são fundamentais na clarificação de eventuais situações clínicas. Só considerando esta complexidade será possível diagnosticar mais correctamente o que será ou não patológico. Conhecer a família é conhecer em muito a saúde mental do adolescente.

## **2.2 – ADOLESCENTE E ESCOLARIDADE**

Mantendo o conceito de pessoa como sistema aberto e, como tal, pressupondo que mantém trocas com o ambiente, essas trocas dão-se naturalmente e por exemplo ao nível social.

Shell e Hall, citados por Chalifour (2008, p. 67), referem que “a socialização é um processo de aprendizagem social pelo que uma pessoa se integra numa sociedade e nas suas instituições e

adquire os seus costumes e tradições”. Segundo os mesmos existem quatro motivações da criança que são a sua base de socialização e que residem no desejo de ser amado, reconhecido e aceite; no desejo de evitar sentimentos desagradáveis associados à rejeição ou punição; na tendência para imitar actos de outros e no desejo de se assemelhar a pessoas que a criança respeita, admira ou ama (Chalifour, 2008, p. 67, 68).

Chalifour (2008, p. 68) refere que “no decurso deste processo de socialização, a pessoa adquire uma certa consciência de si, que engloba os seus gostos, valores e crenças e, os seus pensamentos e sentimentos relativos a si-mesmo”. O mesmo autor explica as articulações da componente social com outras componentes da pessoa nomeadamente a biológica, a intelectual, a emocional e a espiritual. Através dos sentidos a pessoa recebe a informação para uma “(...) aquisição e experimentação dos papéis sociais” (Chalifour, 2008, p. 69).

Pelo desenvolvimento físico a pessoa será capaz de realizar tarefas tais como a marcha, a escrita ou a coordenação em determinados jogos, sendo que pais e pares valorizam muito esta componente e as suas reacções importam para o desenvolvimento da personalidade (Chalifour, 2008, p. 69).

Do ponto de vista intelectual e tendo em conta a crescente complexidade do processo de socialização nas sociedades actuais, as aprendizagens são cada vez mais diversificadas, daí que, uma boa adaptação depende de uma boa integridade intelectual no sentido de um bom desenvolvimento (Chalifour, 2008, p. 69).

As características emocionais influenciam igualmente a qualidade das relações com o seu ambiente e vice-versa. Consoante os diferentes tipos de sentimentos, diferentes serão as facilidades ou dificuldades do processo de socialização (Chalifour, 2008, p. 69).

Por fim e de acordo com a componente espiritual, “(...) a aquisição de valores, de princípios morais e religiosos, de uma concepção da vida, a escolha de prioridades são exemplos de aspectos que se adquirem nas trocas com os pares, os pais e as pessoas significativas para a pessoa” (Chalifour, 2008, p.69).

Sendo a escola um local onde o adolescente passa grande parte do seu tempo, é natural que nele se estabeleçam diferentes interacções, nomeadamente com outros adolescentes e com professores. Estes últimos poderão funcionar como modelos identificatórios ou como contra-identificatórios (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 477).

A par destes modelos, e do atrás descrito por outros autores, e apesar da complexidade inerente, a explicação para as dificuldades escolares não se pode limitar a questões morais em que “(...) o insucesso deve-se à preguiça do adolescente”, a questões médicas em que “o insucesso deve-se a uma perturbação orgânica ou psíquica” ou ainda a questões sociais em que “o insucesso deve-se unicamente à inadaptação das estruturas escolares actuais” (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 477).

Os tipos de trocas que se estabelecem em torno do contexto escolar ajudam a definir e a vincar a personalidade do adolescente.

Contexto escolar não significa somente espaço escolar, uma vez que “o tempo e o espaço que separam a casa e a escola, no caminho da escola ou do colégio, são preenchidos por actividades, encontros e trocas que impedem, por vezes, a aquisição dos próprios conhecimentos (...)” (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 479). São contudo parte inerente da vida escolar do adolescente, ou seja, “(...) na maioria das vezes representam uma área de transição indispensável entre dois modos de vida que tomam nessa idade toda a sua importância na dinâmica do dentro e do fora, do passado e do futuro, do familiar e do estranho, do grupo familiar e do grupo social” (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 479).

Assim, a escola não representa apenas o ensino e a aquisição de conhecimentos, pois desse modo não iria de encontro aos desejos do adolescente. Ela representa mais do que isso. Representa também uma possibilidade de desenvolvimento para a vida e para o desenvolvimento da personalidade (Braconnier e Marcelli, 2000, p.129).

A escola deve contudo assumir e procurar desenvolver um papel activo e promotor da saúde, bem como, actuar na detecção precoce de situações de risco de doença.

“Uma escola que se proponha promover a saúde, deve mobilizar a participação directa da comunidade, desde as decisões sobre o projecto, ao envolvimento da própria escola, dos serviços de saúde, da comunidade de pais, dos voluntários, das empresas, dos parceiros diversos, até à sua execução e avaliação” (Portugal, 2006, p. 5).

No mesmo documento e neste seguimento, pode encontrar-se que uma abordagem mais holística pressupõe que a escola deve propiciar aos estudantes a expressão, a comunicação e o estabelecimento de laços afectivos com as pessoas e o meio envolvente e também a participação, a responsabilização e vontade de saber. Em relação aos professores e auxiliares de acção educativa deve oferecer trabalho de equipa, bem como formação pertinente e espaços de debate (Portugal, 2006).

Enfanzando ainda mais o papel da escola no âmbito da saúde mental, pode ler-se no Plano Nacional de Saúde Escolar (Portugal, 2006) que,

*“O insucesso escolar, associado ou não a problemas minor de saúde mental, aumenta o risco de comportamentos anti-sociais, delinquência, abuso de consumo de substâncias nocivas, gravidez na adolescência, etc. Ao invés, o envolvimento da escola numa prática pedagógica e num desenvolvimento social e emocional dos seus elementos aumenta a assiduidade, a produtividade e o acesso adequado a serviços de saúde” (p. 10).*

### **2.3 – ADOLESCENTE E AGRESSIVIDADE**

Para Winnicot, citado por Marcelli e Braconnier (2005, p. 35), “crescer é por natureza um acto agressivo”.

Segundo Marcelli e Braconnier (2005, p. 133), “aos olhos do adolescente o mundo externo parece exercer sobre ele uma pressão que sente frequentemente como violenta e da qual pode

desejar desfazer-se utilizando a mesma violência”. Os autores ligam esta forma intensa de expressão aos afectos e pulsões bem como aos seus sistemas de ideais.

Na heteroagressividade, diferenciam diferentes tipos: a violência contra os bens, o vandalismo, os comportamentos destrutivos solitários, os comportamentos heteroagressivos com formas excrementais.

Na violência contra os bens referem, que não é um dos delitos mais frequentes, muitas vezes não há nenhum motivo aparente para esse tipo de comportamento (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 133).

O vandalismo, por sua vez, está ligado ao bando. Os autores associam a ocorrência destes episódios a festas, a consumos de álcool, entre outros. Por vezes existe motivação aparente, contudo, em grande parte das vezes, é desproporcionada face aos estragos causados. O mesmo pode acontecer em sala de aulas após uma advertência do professor a um aluno (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 133, 134).

Os comportamentos destrutivos solitários são raros, e indicam maior gravidade patológica. Os autores exemplificam com comportamentos piromaniacos e com violência na casa familiar. Nesta última, pode ter início bruscamente e sem sinal anterior que o indicie. O adolescente pode por exemplo destruir uma divisão inteira, ou objectos em particular, que podem ser seus e pelos quais nutria particular afecto, ou de outro membro da família (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 134). De uma forma geral, e segundo os autores, estes comportamentos indiciam sempre perturbações profundas da dinâmica familiar (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 135). O risco de repetição pode vincular o adolescente na patologia (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 135).

Os comportamentos heteroagressivos com formas excrementais consistem “(...) em urinar ou defecar em lugares diversos”. Geralmente não é reivindicado pelo adolescente (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 135).

No que diz respeito à violência contra pessoas, os adolescentes podem apresentar frequentemente problemas somáticos, “(...) mas sobretudo dificuldades antigas e actuais” (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 136). Fora do âmbito familiar estes adolescentes apresentam também dificuldades: “perturbações do comportamento com violência verbal, agitação e provocação, passagem ao acto, tumultos, actos delinquentes, furtos, fugas, consumo de substâncias, em particular álcool, com embriaguez recorrente” (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 136). Acrescentam que as dificuldades escolares são habituais.

Por outro lado, referem que a violência pode ser estritamente limitada ao meio familiar sem que no exterior ocorra qualquer episódio de violento. “Estes jovens são voluntariamente isolados, por vezes mesmo tímidos no meio extrafamiliar, objecto de escárnio por parte dos outros ou bode expiatório de uma turma. Em casa, parecem vingar-se desta situação de inferioridade e fazem o familiar sofrer tudo aquilo de que são vítimas fora da família” (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 137).

Na relação que se pode estabelecer entre a família e especificamente os pais com este problema, Marcelli e Braconnieri (2005, p. 137) referem que, e no que diz respeito à estrutura da família, se “(...) destacam tanto casais parentais como famílias dissociadas, pais isolados ou famílias recompostas (...)”. Acrescentam que “(...) sobretudo encontram-se nos pais antecedentes de depressão, de tentativa de suicídio, de perturbações ansiosas”.

Na educação dada pelos pais, e relacionando-a com a violência contra as pessoas, os autores destacam “(...) quatro tipos de perfis: liberal, estrito, hiperprotector, rejeitante” (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 138).

Na auto-agressividade, as automutilações têm dois contextos diferentes: “1) em certos casos trata-se de uma verdadeira descarga motora em resposta imediata a uma situação de tensão, de conflito ou de frustração; 2) nos outros casos, trata-se de uma antiga criança automutiladora cujas manifestações persistem e chegam mesmo a agravar-se na adolescência” (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 143).

Os equivalentes suicidários ou comportamentos suicidários são “(...) um conjunto de comportamentos durante os quais a vida do sujeito é posta em perigo do ponto de vista de um observador externo, mas face às quais o sujeito nega o risco ocorrido” (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 145).

A abordagem às questões da violência engloba diferentes e importantes aspectos que explicam a ocorrência de determinados episódios. Desde o significado da violência contra si próprio, passando pelo significado da violência de si para os outros acabando no significado patológico da violência.

### **3 – MÓDULO I – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO**

Este capítulo destina-se a transmitir o trabalho desenvolvido na Consulta Externa da Clínica da Juventude. Inicia-se com a descrição da Clínica da Juventude.

Para este módulo estavam delineados quatro objectivos:

1. Integrar a equipa multidisciplinar da Clínica da Juventude;
2. Realizar consultas de acolhimento ao adolescente e família na Consulta Externa;
3. Realizar intervenções terapêuticas direccionadas ao adolescente e família;
4. Contribuir na formação de pares.

Para atingir os objectivos propostos desenvolveram-se diferentes actividades sobretudo através de interações estabelecidas entre profissionais e clientes. A sua análise crítica e reflexiva está patente no texto. Os sub-capítulos tratam a consulta de acolhimento, as articulações com outros profissionais, primordialmente estabelecida nas diferentes reuniões de trabalho, e a elaboração de um suporte informativo sobre saúde mental na adolescência para profissionais de saúde que visou contribuir na formação de pares.

#### **3.1 – CLÍNICA DA JUVENTUDE**

A "Escola dos Cedros" foi criada no ano de 1974 com o objectivo de recuperar crianças e adolescentes com deficiência mental. Mudou o seu nome para Clínica da Juventude no ano de 1987, "pela diversidade e natureza da população que a Escola dos Cedros passou a abranger" (Centro Hospitalar de Lisboa Central, 2010) (anexo I).

No ano de 1992 foram encerrados os Centros de Saúde Mental Infantil e Juvenil e foram criados Departamentos de Saúde Mental com ligação aos hospitais centrais. Nesta fase a Clínica da Juventude é integrada no Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia.

Em 2007 acaba por ser integrada no Centro Hospitalar Lisboa Central, e o Departamento passa a Área de Pedopsiquiatria do Pólo - Estefânia do Centro Hospitalar Lisboa Central.

A Clínica da Juventude é especializada no atendimento a adolescentes com problemas psiquiátricos/psicológicos e recebe jovens com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos que pertençam ao distrito de Lisboa e concelhos limítrofes: Vila Franca de Xira (Alenquer, Benavente e Azambuja); Arruda dos Vinhos, Amadora, Loures (Apelação, Bobadela, Camarate, Moscavide, Portela, Prior Velho, Sacavém, São João da Talha, Unhos, Sta Iria da Azóia); e ainda Portalegre, Évora e a região do Algarve.

A Clínica da Juventude (Centro Hospitalar de Lisboa Central, 2010) definiu como objectivos:

- “-Proporcionar tratamento adequado especializado a adolescentes e suas famílias*
- Intervenção imediata em situações de risco*
- Promoção da integração familiar, escolar e/ou socioprofissional dos utentes*
- Estabelecer a interligação com estruturas comunitárias existentes, nomeadamente escolas, centros de formação profissional, instituições privadas e de solidariedade social, estruturas autárquicas e serviços judiciais*
- Proporcionar a formação de profissionais de saúde (médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, etc.)*
- Desenvolver a investigação na área de saúde mental e psiquiatria”.*

As áreas de intervenção da Clínica da Juventude passam por apoio médico de pedopsiquiatra; por apoio psicoterapêutico individual, de grupo e familiar; e por apoio em terapia ocupacional individual e em grupo. Na Consulta Externa existe uma consulta especializada em Perturbações do Comportamento Alimentar.

Além disso, existe também um Hospital de Dia que funciona todos os dias da semana. Enfermeiros, Terapeuta Ocupacional e Monitora desenvolvem variadas actividades terapêuticas com base em técnicas expressivas, jogos e outras actividades. Pelas diferentes salas têm então lugar diferentes actividades que podem ocorrer no mesmo período de tempo através desta intervenção multidisciplinar.

A referenciação dos adolescentes para 1ª consulta pode ser feita pelo Serviço de Urgência e Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia, pelo médico de família, escolas, outras equipas de pedopsiquiatria, outras instituições, pela família ou até mesmo pelo próprio adolescente.

Com excepção dos adolescentes referenciados pela urgência hospitalar e daqueles provenientes do Alentejo e Algarve a todos os outros é feito um primeiro atendimento. Posteriormente, cada caso é discutido em reunião e é então sugerida uma proposta terapêutica ou orientação.

É no entanto dada prioridade aos adolescentes referenciados pelo Serviço de Urgência do Hospital Dona Estefânia e pela Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria.

A metodologia de trabalho assenta numa intervenção multidisciplinar recorrendo aos recursos de cada profissional.

O estágio foi integralmente realizado na Clínica da Juventude, embora em espaços distintos – Consulta Externa e Hospital de Dia – e por isso as intervenções de enfermagem desenvolvidas foram planeadas no sentido de uma continuidade e de uma evolução nos cuidados mas também no sentido de serem congruentes com os objectivos de estágio. Este planeamento procurou sempre uma harmonia entre o nosso trabalho e o trabalho desenvolvido pelos profissionais da Clínica da Juventude. Só através da realização deste estágio nestes moldes foi possível sentir determinado tipo de realidades e fortalecer o desempenho no sentido de uma maior coerência e de uma maior integração nas intervenções terapêuticas em enfermagem inseridas numa equipa especializada.

Na Clínica da Juventude desenvolvemos o trabalho na Consulta Externa e no Hospital de Dia.

### **3.2 – CLÍNICA DA JUVENTUDE – CONSULTA EXTERNA**

“Investir na saúde do jovem é investir no futuro, o que garante às populações benefícios para a saúde e também benefícios financeiros e sociais. A promoção da saúde do jovem tem implicações positivas para o resto da população, uma vez que a doença no jovem produz efeitos nos seus pais e na sua família alargada” (WHO citado por Matos, 2008, p. 28).

A Consulta Externa disponibiliza cuidados em ambulatório para adolescentes que estejam em situação de sofrimento psíquico/emocional.

Os motivos mais frequentes da vinda à consulta são a depressão, alterações de comportamento, perturbações do comportamento alimentar, recusa escolar, absentismo escolar, isolamento social e dificuldade de aprendizagem.

Para responder a estas situações a equipa multidisciplinar intervém em espaço de consulta geral de pedopsiquiatria, consulta de perturbação do comportamento alimentar, consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, consulta de psicologia e ainda através da intervenção familiar.

De um modo geral os elementos da equipa participam nas seguintes reuniões:

- Reunião de Triagem;
- Reuniões da Equipa da Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar semanal
- Reunião Clínica Semanal
- Reunião de Supervisão semanal.

Para integrar a Clínica da juventude foi necessário conhecer todo o espaço físico, colaborar com os vários técnicos da equipa multidisciplinar na intervenção terapêutica no adolescente, família e/ou pessoas significativas, colaborar em proximidade e especificamente com a Sr<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Fernanda Pedro (orientadora de local de estágio) nas actividades de enfermagem por si realizadas, participar de forma gradualmente autónoma nas diferentes intervenções de enfermagem e realizar leituras da documentação existente na Clínica da Juventude que descreva e explique normas, protocolos, projectos e que contenha informação sobre o serviço.

#### 3.2.1 - Consulta de acolhimento

Na Consulta Externa as intervenções de enfermagem são primordialmente desenvolvidas na consulta de enfermagem de saúde mental, mais especificamente através de entrevistas de acolhimento ou de primeira vez, realizadas ao adolescente e sua família e/ou pessoas significativas. Numa primeira fase assistimos a consultas realizadas pela enfermeira Fernanda Pedro. Numa segunda fase realizaram-se em parceria e sob supervisão directa com a mesma enfermeira. Numa terceira fase realizámos então consultas de acolhimento de forma autónoma que se prolongaram durante os dois módulos de estágio. Este facto permitiu a realização de um trabalho consistente que culminou com o alcance de resultados com ganhos em saúde

para população que ocorreu a este espaço. Possibilitou também uma experiência muito significativa, desenvolvendo competências que visam responder às complexidades presentes nos cenários de saúde mental, que são pano de fundo nesta faixa etária.

Estas intervenções visaram acolher o adolescente e sua família, colhendo os dados de forma abrangente mas precisa no sentido de promover a clarificação de situações de crise, e levando a uma posterior e mais correcta hipótese diagnóstica. Intervenções de enfermagem que visaram a promoção de estilos de vida saudáveis e a prevenção de situações de maior gravidade tiveram naturalmente aqui o seu lugar. A abordagem foi centrada no adolescente e sua família olhando o contexto dessa mesma família. Segundo Hanson (2005, p. 331), “a promoção bem sucedida da saúde mental tem de ser aceite por comunidades e famílias, para os quais é orientada”.

Para a realização das referidas consultas de acolhimento existem espaços definidos. O objectivo geral passa por promover um ambiente de privacidade favorecedor da comunicação. Uma vez que estas se realizam todas em espaço institucional, torna-se importante procurar, criar e manter um ambiente físico acolhedor e agradável acompanhado por uma postura «facilitadora» que seja promotora da componente sócio-emocional que, conjuntamente com a componente física, constituem o ambiente terapêutico. É necessário compreender o ambiente terapêutico enquanto ambiente promotor da saúde e que, segundo Taylor (1992, p. 89), poderá ser desenvolvido em qualquer tipo de ambiente, desde que o foco do enfermeiro seja a satisfação das necessidades das pessoas.

Tendo em conta diferentes autores, optámos por nos referenciar conceptualmente em Margot Phaneuf relativamente a entrevistas de colheita de dados. Phaneuf (2005, p. 265), define entrevista de colheita de dados como “(...) uma comunicação profissional pela qual a enfermeira instaura um processo de observação e de questionamento da pessoa cuidada com o objectivo de compreender os detalhes do seu problema de saúde e do contexto no qual este problema se situa a fim de conseguir planificar cuidados apropriados”.

Em cada entrevista recorreu-se ao instrumento de colheita de dados que é utilizado na Clínica da Juventude e em toda a Área de Pedopsiquiatria Ambulatória (anexo II). Este instrumento visa auxiliar a recolha e a organização de diferentes tipos de informação. É um instrumento fundamental que contribui decisivamente para a escolha de futuras estratégias que visem a resolução de cada caso.

Neste instrumento podem ser encontradas informações relativas ao adolescente e sua família, nomeadamente a dados do pai e mãe, ao genograma familiar, ao agregado familiar, à caracterização do pedido de ajuda, a queixas apresentadas, a expectativas em relação ao serviço, aos antecedentes pessoais e familiares, entre outras.

Relativamente aos genogramas, “estes constituem uma fonte rica de informação para planear estratégias de intervenção, porque apresentam a família do ponto de vista visual e gráfico, de

forma a proporcionar uma visão geral rápida das complexidades da família” (Hanson, 2005, p.189, 190).

Consoante o motivo que originou a consulta e consoante a avaliação feita ao longo da entrevista, utilizam-se diferentes instrumentos de avaliação que complementam a colheita de dados e permitem maior clarificação sobre cada caso, promovendo por isso uma intervenção mais personalizada e mais precisa. Esses instrumentos são nomeadamente: questionário de Connors (anexo III), que tem o objectivo de auxiliar no despiste de Perturbações de Hiperactividade e Défice de Atenção; o Children’s Depression Inventory – Kovacs, M. 1992 (anexo IV), que tem por objectivo auxiliar no despiste de sintomatologia depressiva classificando-a e obtendo assim o “grau” da mesma; a folha “quem sou eu???” (anexo V), que o adolescente pode preencher e que serve de indutor de informação quando o adolescente se mostra francamente reservado na comunicação verbal; a escala visual de figuras (anexo VI), para auxiliar no despiste de situações de perturbação do comportamento alimentar e ainda o Questionário de Perturbações do Humor (anexo VII).

A gestão das entrevistas, nomeadamente a duração das mesmas, foi sempre flexibilizada. O tempo variava ligeiramente de entrevista para entrevista consoante as características dos clientes e consoante as interacções estabelecidas.

Nem sempre as entrevistas decorreram de forma tranquila. De entre algumas razões gerais salienta-se a discordância entre pais e adolescentes, a ausência de colaboração por parte do adolescente e até mesmo posturas de significativa tensão por parte dos pais.

Em algumas entrevistas os adolescentes apresentavam inicialmente uma postura receosa em relação a toda a situação, inclusivamente em relação ao encontro com um profissional de saúde. Uma vez que o pedido de consulta partiu na grande maioria dos casos dos pais, que alegaram dificuldades em resolver ou em gerir determinadas situações, e de outros profissionais tais como professores e médicos de família, os adolescentes por vezes desconheciam mesmo o motivo que os levava àquele espaço. Daí que, quando se explicavam os objectivos da entrevista, o adolescente mostrava-se algumas vezes surpreendido, curioso e a sua colaboração em relação à entrevista variava em função da sua percepção ou da sua concordância em relação à necessidade da mesma.

Em grande parte das entrevistas foi necessário proceder-se à divisão das mesmas em duas partes. Em primeira instância entrevistando-se o adolescente, e posteriormente os pais ou familiares ou pessoas significativas. Esta não é uma situação preferencial, mas antes desta decisão avaliava-se a receptividade do adolescente para esta possibilidade explicando-se a razão para tal sugestão. Quando o adolescente não colaborava de todo, a entrevista recaía nos pais. As questões motivacionais influenciam assim a qualidade da entrevista.

Relativamente às questões colocadas ao adolescente, estas devem ser ponderadas no sentido de não serem interpretadas como invasoras ou intimidatórias.

A este propósito, Chalifour (2008, p. 163) refere que “(...) muitos clientes associam as questões dos intervenientes às dos pais e professores, ou seja, a questões que têm frequentemente um

carácter ameaçador, colocadas por figuras de autoridade”. Acrescenta ainda que as questões “têm entre outros, o inconveniente de deixar os clientes numa certa passividade” (Chalifour, 2008, p. 163).

Na adolescência e na sequência dos processos inerentes a esta fase de desenvolvimento, sabemos o quão prejudicial isto pode ser, daí que a escolha do tipo de questões, era por vezes determinada em função do estado global do adolescente e da sua capacidade ou motivação para colaborar.

A observação era iniciada e distendia-se desde o espaço da recepção, que fica naturalmente à entrada da Consulta Externa, até ao fim da entrevista que terminava precisamente no mesmo sítio. A maior parte desta observação era contudo realizada em gabinete. Desde o cumprimento inicial, passando pela forma como o adolescente interagira com o ambiente e profissionais, tudo se revestia de fonte de informação para uma mais fidedigna avaliação. A observação inicial do adolescente e da sua interacção com um dos pais ou com ambos e ainda a informação adicional fornecida por professores ou médicos de família, acabavam por ter influência na utilização de determinado tipo de questões. A observação atenta a todos os presentes foi fundamental, e foi possível perceber que a comunicação verbal nem sempre foi congruente com a não verbal. Além disso, a observação das interacções estabelecidas entre pais e adolescente em plena entrevista, eram ricas do ponto de vista da quantidade e qualidade de informação que deixaram passar. As discussões que por vezes surgiam ajudavam na construção de hipóteses acerca do ambiente familiar. Foi possível perceber algumas das dificuldades sentidas nos seus domicílios e compreender melhor o possível problema ou necessidade.

A história de saúde do adolescente depende de entre outras coisas da família. Nas entrevistas que realizámos, encontrámos famílias com vivências complexas nomeadamente com episódios de conflitualidade marcada, com problemas económicos, por vezes mesmo de pobreza, famílias com antecedentes psicopatológicos, que no geral criam dificuldades acrescidas na interpretação dos motivos que dão origem ao seu encaminhamento. Muitas das situações com que nos deparámos estavam relacionadas com questões do desenvolvimento inerentes à adolescência, outras estavam relacionadas com questões sociais e económicas, ao passo que outras estavam relacionadas com condições patológicas.

Nas diferentes entrevistas de acolhimento reconheceram-se alguns factores de risco que contribuem para o aumento de taxas de morbilidade. Pobreza, multiculturalidade e divórcio foram factores presentes em muitas entrevistas.

Especificamente e no que concerne à pobreza e aos seus efeitos directos sobre a saúde mental dos adolescentes, Dashiff [et. al.] (2009, p. 25), referem que “research suggests that poverty may have direct effects on adolescent mental health”. Os mesmos autores (2009) acrescentam que

*“Frojd, Marttunen, Pelkonen, von der Pahlen, and Kaltiala-Heino (2006) found that adolescents are aware of economic difficulties in their families, and that this influences their satisfaction with their family and environment. The perception by adolescents that their parents have financial difficulties has been associated with aspects of adolescent mental health, suggesting that poverty can have strong direct effects on adolescent*

*mood states, in addition to the indirect effect through negative changes in the parent-adolescent relationship” (p. 25).*

Relativamente aos efeitos indirectos, Dashiff [et. al.] (2009, p. 26) evocam Stern (1999), Smith (1999) e Jang (1999), quando estes indicam que “poverty and economic distress also have an effect on parents, producing parental distress that disrupts parent-adolescent relationships, and often leads to inconsistent discipline, decreased parental monitoring, and parent-adolescent conflict”.

No âmbito dos factores de risco, Marcelli e Braconnier (2005, p. 450) indicam que, “são todas as situações realçadas pelos inquéritos epidemiológicos que levam a um aumento das taxas de morbilidade: nível socioeconómico, estrutura legal da família (presença de dois pais, ou falecimento de um dos pais, ou divórcio...), doença física ou mental de um dos pais, etc. Encontram-se tais factores de risco em múltiplos comportamentos do adolescente”.

No que concerne às separações e divórcios e segundo Hetherington (1981), Wallerstein e Kelley (1980), referidos por Hanson (2005, p. 331), “outro factor de stresse que pode colocar as famílias em risco, é o divórcio e as disputas ocasionais sobre exercício do poder parental. As disputas sobre a guarda dos filhos indicam conflitos paternos, que têm implicações negativas para todas as partes, especialmente as crianças”. Hanson acrescenta ainda, e segundo Emery (1982), Hetherington [et al.] (1978) e Hetherington (1981), que “em situações de grande conflito paterno, os filhos correm o grande risco de terem perturbações emocionais e comportamentais, como a depressão, a baixa de auto-estima, problemas na escola e comportamento anti-social”.

A complexidade inerente às situações nunca deve ser menosprezada. Segundo Almeida (1996, p. 35-37), referindo-se à intervenção dos técnicos aponta que (...) “é fundamental que tenham presente a complexidade da realidade onde vão intervir”.

O sofrimento presente no adolescente nem sempre significava a condição de doença, contudo estar em sofrimento representa no mínimo um risco de poder vir a estar doente, e, como tal, é necessário compreender o que se passa. Como Coimbra de Matos (2002, p. 133) refere, “nem todo aquele que sofre é doente; mas todo o que sofre precisa de ajuda e, sobretudo, de compreensão. E todo aquele que sofre está na iminência de vir a ser doente”.

Em suma, poder-se-á dizer que a intervenção do enfermeiro a este nível, reveste-se de uma importância e de uma responsabilidade evidentes.

Neste espaço, o enfermeiro assume-se como o rosto de uma equipa multidisciplinar, e como é descrito na literatura, a forma como decorre este primeiro encontro influencia todo o acompanhamento posterior. Neste sentido, a condução da entrevista por parte do enfermeiro, exige deste uma preparação consistente nomeadamente a nível da detenção dos conhecimentos e das habilidades que referimos anteriormente.

Através deste saber estar e deste saber fazer, o enfermeiro poderá ser decisivo na adesão do adolescente e família a posteriores estratégias que visem a mudança positiva ambicionada.

A articulação quer com outros técnicos, quer com outras estruturas comunitárias, nomeadamente com a escola, pode depender da intervenção realizada.

A avaliação de cada entrevista foi realizada com base na análise de interacção de Phaneuf para este tipo de entrevista. Para isso, utilizou-se o instrumento de colheita de dados e a organização da informação nesse mesmo instrumento de registo, e concomitantemente promoveram-se após cada entrevista, discussões com a Sr<sup>a</sup> Enfermeira Especialista Fernanda Pedro, orientadora do local de estágio, criando assim preciosos momentos de reflexão e supervisão clínica.

A análise de interacção engloba diferentes aspectos, nomeadamente os comportamentos verbais e não verbais da pessoa entrevistada, bem como os sentimentos e emoções que manifesta de forma mais ou menos aberta. Incide sobre as reacções verbais e não verbais do enfermeiro e igualmente sobre os seus sentimentos e emoções. Engloba ainda as estratégias e habilidades utilizadas, bem como os resultados das mesmas (Phaneuf, 2005, p. 269, 270).

Após consideração destes aspectos, concluía-se acerca da eficácia das entrevistas, que segundo a avaliação realizada foi bastante positiva.

Fazendo referência a alguns aspectos em particular ocorridos em entrevista de acolhimento, destacam-se por exemplo os inúmeros momentos de tensão que pais e adolescentes apresentavam em diferentes entrevistas e que claramente eram resultado de dificuldades em gerir o quotidiano familiar. Horários de repouso e de refeição e ainda questões de socialização em família eram motivos frequentes de discussão em suas casas. Foi possível aqui, realizar intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis, que englobaram aspectos como o sono-reposo, o desporto, a alimentação, a vida social e familiar, entre outros, cujos resultados imediatos destas intervenções eram às vezes de alívio dos presentes que vinham a consulta. Ficavam agradavelmente surpreendidos, pois sentiam que era possível pensar e actuar sobre determinadas situações familiares, resolvendo-as, e que acima de tudo não significavam doença. Pela mediação feita, que requereu para além de sensibilidade e capacidade de análise, uma boa capacidade de comunicação, foi possível intervir junto do adolescente e sua família levando-os a articularem-se comunicando. Os resultados só foram possíveis através do respeito pelo seu contexto familiar.

Conclui-se neste caso que foram desenvolvidas competências como o “comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral; “desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente”; “demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura” (Universidade Católica Portuguesa, 2010, p. 3, 4).

Mas nem sempre a intervenção se limitou ao espaço de consulta de enfermagem. Em alguns dias, houve necessidade de intervir em situações não planeadas, que ocorreram quando as pessoas procuraram a Clínica da Juventude sem aviso prévio, e aquando de pedidos que partiram de outros profissionais da própria Clínica da Juventude. A experiência e conhecimentos alcançados até hoje foram fulcrais para a gestão destas intervenções, pois permitiram uma melhor interpretação das diferentes circunstâncias de cuidados da prática clínica e possibilitaram o uso de conhecimentos adquiridos noutros contextos formativos, em prol da resolução das situações. Estas intervenções não planeadas foram sobretudo psicoeducativas e de suporte emocional e visaram promover hábitos de vida saudáveis.

Foram desenvolvidas as seguintes competências: “gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada”; “demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização” e “tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização”; “avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada” (Universidade Católica Portuguesa, 2010, p. 3, 4).

### 3.2.2 – Contributo na formação de pares

Foi delineado um objectivo que visava contribuir na formação de pares e que foi alcançado através da elaboração de um suporte informativo de saúde mental para profissionais de saúde. Entenda-se por isso, e neste caso, suporte informativo como uma selecção de artigos, trabalhos ou outras publicações, que abordam matérias de interesse para a área da saúde mental na adolescência. Concretizou-se como resultado de pesquisas realizadas durante o estágio. Através desta actividade, foi possível promover momentos de discussão com diferentes profissionais, acima de tudo com enfermeiros, bem como, foi também possível, confrontar conteúdos ou resultados patentes nesses documentos com a realidade da prática clínica na Clínica da Juventude. Serviu ainda como complemento para a fundamentação teórica, que suportou a realização dos portfólios de cada módulo. Por tudo isto, constitui-se como mais um instrumento, que contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional de outros profissionais principalmente enfermeiros e estudantes.

Este processo de pesquisa, fez emergir questões relacionadas com a formação em enfermagem, no que diz respeito à intervenção em faixas etárias jovens.

Neste sentido destacam-se como competências desenvolvidas as seguintes: “formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica”; “manter, de uma forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional”; “demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência”; “incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências”; “participar e promover a investigação em

serviço na sua área de especialização”; “promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros”; “identificar as necessidades formativas na sua área de especialização” e promover a formação em serviço na sua área de especialização”; “comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas” (Universidade Católica Portuguesa, 2010, p. 3, 4, 5).

### 3.2.3 – Articulação com outros profissionais

Como referido anteriormente, a equipa multidisciplinar reúne-se em diferentes momentos. Um desses momentos é a Reunião de Triagem, que constitui uma oportunidade de trabalho em equipa. Nesta reunião pretende-se escolher a melhor estratégia terapêutica, ou o melhor encaminhamento para o adolescente que se recebeu na consulta de acolhimento. Consoante a análise feita, a estratégia é escolhida.

Diferentes profissionais de saúde participam não só na realização dessas consultas de acolhimento, como depois também nesta reunião, nomeadamente enfermeiros, médicos, psicólogos e assistente social. O espaço desta reunião pode ser também espaço de partilha, de aprendizagem, de fortalecimento da equipa e de reflexão sobre a prática clínica. Em várias reuniões, o confronto de ideias ficou patente, e as discussões que daí advinham tornaram o resultado mais rico, embora nem sempre consensual. Por vezes, nem sempre foi possível escolher de imediato a melhor estratégia para os diferentes casos, pois alguns deles careciam de avaliações a outros níveis, nomeadamente no que diz respeito ao despiste de problemas de ordem física.

Um outro momento de articulação, é a Reunião de Equipa, pautada pelas apresentações de casos clínicos. No fundo, tratam-se de momentos que favorecem também a partilha, a discussão, e conseqüente reflexão entre os vários profissionais da Clínica da Juventude, e aqui na sua constituição mais alargada, dado que, por exemplo na reunião de triagem, nem todos os profissionais estão presentes, pois nem todos realizam consultas de acolhimento. Após as apresentações feitas, foi possível partilhar resultados da experiência profissional adquirida até hoje e demonstrar igualmente os conhecimentos aprofundados.

Finalmente, e no anfiteatro do Hospital Dona Estefânia, realiza-se uma vez por mês no período da manhã, uma sessão de apresentação de casos clínicos, ou de divulgação de trabalhos desenvolvidos no âmbito da investigação. Os diferentes profissionais da Área de Pedopsiquiatria podem fazê-lo. Trata-se da Reunião Interequipas.

Para além desta extraordinária partilha científica existe naturalmente um lado importante no que diz respeito à manutenção de laços de socialização entre os diferentes profissionais, que são sempre salutares e promotores de bons ambientes de trabalho e até promotores da concepção de novos projectos. Por outro lado, cada profissional tem aqui uma forma de se

manter a par do trabalho desenvolvido por outros colegas e profissionais, dado que, todos trabalham para o mesmo fim.

Através de uma participação activa nestas diferentes reuniões desenvolveram-se e consolidaram-se outras competências em que se destacam “gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada”; “produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara”; comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas”; “demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização”; “demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”; “reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica” (Universidade Católica Portuguesa, 2010, p. 3, 4).

#### **4 – MÓDULO III – OPÇÃO**

Este capítulo destina-se a transmitir o trabalho desenvolvido no Hospital de Dia da Clínica da Juventude. Inicia-se com uma breve explicação sobre o Hospital de Dia.

Neste módulo estavam delineados três objectivos:

1. Realizar intervenções terapêuticas com o grupo de adolescentes no Hospital de Dia;
2. Realizar intervenções terapêuticas individuais com o adolescente no Hospital de Dia;
3. Realizar acompanhamento terapêutico de famílias no Hospital de Dia.

Para atingir os objectivos propostos desenvolveram-se diferentes actividades. A sua análise crítica e reflexiva está patente no texto. Os sub-capítulos tratam o grupo de adolescentes e as sessões realizadas, o acompanhamento familiar estabelecido através de entrevistas de enfermagem e as articulações com outros profissionais primordialmente estabelecidas na Reunião do Hospital de Dia.

##### **4.1 – CLÍNICA DA JUVENTUDE – HOSPITAL DE DIA**

“Prisioneiro de uma estrutura sociopolítica cada vez mais complexa e limitante, enredado num espaço cada vez mais superlotado, o homem da era industrial e da urbe perde-se diluindo-se no contexto” (Coimbra de Matos, 2002, p. 117).

O Hospital de Dia é outra unidade da Clínica da Juventude. Aqui, os adolescentes com perturbações psiquiátricas/psicológicas, podem beneficiar de outro tipo de intervenções terapêuticas, individuais ou em grupo, com recurso a estratégias psicoterapêuticas. Isto, ao mesmo tempo que mantêm a sua inserção familiar bem como na comunidade. Trata-se de um espaço intermédio entre o acompanhamento em internamento e o acompanhamento em ambulatório.

A prioridade de integrar este espaço é dada aos adolescentes enviados pela Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria e pela Consulta Externa da Área de Pedopsiquiatria.

Para além dos objectivos gerais da Clínica da Juventude, o Hospital de Dia tem o objectivo geral de disponibilizar aos adolescentes, um meio alternativo ao meio familiar, através de modelos de identificação, num ambiente terapêutico adequado a este tipo de contextos.

Mais especificamente pretende (Centro Hospitalar de Lisboa Central, 2010):

- “- aumentar a eficiência e a rentabilidade hospitalar*
- reduzir a duração do internamento e tempo de espera*
- melhorar a acessibilidade dos utentes*
- permitir ao adolescente continuar inserido na comunidade*
- melhorar a qualidade e a humanização do atendimento*
- diminuir os efeitos da inserção sócio-familiar*
- estimular as competências e capacidades dos jovens”.*

A equipa do Hospital de Dia reúne-se semanalmente para supervisão dos diferentes casos e consequente discussão multidisciplinar.

#### 4.1.1 – Grupo de adolescentes

O Hospital de Dia tem como instituição um papel de mediação importante.

Marcelli e Braconnier (2005, p. 648, 649) referem, entre outras, que uma das funções da instituição tem a ver com a mediação feita entre o jovem e o seu ambiente, quer seja a escola, os pais ou a sociedade. Referem igualmente que a instituição desempenha ainda (...) “uma função de continente, finalmente, que protege o adolescente graças à permanência e à estabilidade do quadro, onde este encontra pouco a pouco os seus limites”.

Confirmando esta ideia, Guimón (2002, p. 64) refere que “um outro factor terapêutico fundamental encontra-se na continência, ou seja, na criação de um sentimento de segurança face à dor, à raiva e ao desespero (...)” e acrescenta que “esse conceito reenvia-nos ao «elemento materno» dessas instituições. Existe também um «elemento paterno» que consiste em estabelecer limitações e regras, em reforçar fronteiras (...)”.

Cabe à equipa de profissionais ser resposta competente neste tipo de contexto. Se porventura englobar técnicos com características, idades e sexos diferentes, tanto melhor.

A este propósito Coimbra de Matos (2002, p. 47) refere que, “na composição dessa equipa é importante garantir a presença de elementos dos dois sexos. A experiência mostra-nos que esta «bissexualidade» da equipa terapêutica é de uma grande importância, designadamente no tratamento de grupos de adolescentes. Útil ainda, é a existência de pessoas de mais do que uma geração entre o pessoal técnico”.

Também Marcelli e Braconnier (2005, p. 655) referem que “(...) o acompanhamento institucional do adolescente deve ser feito em «equipa»” e acrescenta que “(...) consoante a sua função, a sua situação hierárquica, mas também consoante a sua personalidade e o seu sexo, cada membro da equipa deve poder estabelecer relações diferentes”.

Neste seguimento, Coimbra de Matos (2002, p. 65) acrescenta que “(...) no hospital de dia todo o pessoal da equipa é chamado a intervir e a ter uma função mais ou menos terapêutica, o que lhe é facilitado pela continuidade diária dum relação já por si promotora dum maior interesse pelo doente e também garantia dum observação simultaneamente transversal e longitudinal”.

Como nunca havíamos desenvolvido este tipo de actividades neste contexto em particular, tínhamos expectativas em perceber qual seria a adesão dos adolescentes, bem como o resultado das nossas intervenções. Viríamos a confirmar que enquanto enfermeiros, construímos relações de ajuda profissionais, assentes em relações de confiança, promotoras de adesão terapêutica com resultados positivos, e que, as actividades serviram de instrumento na promoção de um ambiente terapêutico que foi ao encontro das necessidades dos adolescentes. No âmbito do significado terapêutico de grupo, Faulkes (1964) citado por Afonso (1996, p. 56), refere que “são os grupos terapêuticos, que se constituem em torno de uma

actividade, mas com fim deliberadamente terapêutico”. Acrescenta ainda, que apesar de importante, a ocupação não é o fundamento, sendo que, “o factor essencial é a situação grupal e a actividade pode ser secundarizada em função da participação no grupo” (Afonso, 1996, p. 56). O mesmo autor salienta a importância da “(...) participação recíproca dos seus elementos, em que cada um ajuda e é ajudado durante a actividade” e indica que, “(...) cada membro pode contribuir com as suas ideias, opiniões (...)” (Afonso, 1996, p. 56).

Guimón (2002, p. 106) refere a propósito da realização dos trabalhos que, “(...) o mais importante não é produzir uma obra mas discutir em grupo sobre os sentimentos que surgem perante a produção artística de um dos membros”.

Para clarificar melhor ainda o teor terapêutico do grupo, Coimbra de Matos (2002) refere que,

*“a correcta organização das actividades de grupo, o apoio às necessidades individuais e o respeito pelas particularidades de cada doente, bem como a boa e equilibrada relação interpessoal na equipa terapêutica, são as pedras de toque do «clima» psico e socioterapêutico que deve envolver a comunidade hospitalar. Este ambiente humano constitui uma das armas mais poderosas do arsenal terapêutico”* (p. 46).

Por outro lado, a heterogeneidade e homogeneidade do grupo, permitem ainda que uns elementos num grupo seja úteis a outros elementos. A heterogeneidade não deverá ser indiscriminada, chegando mesmo ao ponto em que não existam quaisquer critérios de selecção, bem como a homogeneidade não deverá ser infinita, pois quanto mais homogéneo é o grupo, mais limitado e limitador se torna (Wolf e Schwartz, 1977, p. 85, 86). Percebeu-se também em algumas sessões que, se por um lado a diferença pode levar à discussão de ideias e até ao conflito, por outro lado a semelhança pode levar à partilha e à empatia entre os elementos do grupo. Através disto, promoveu-se o alcance de insights promotores do crescimento pessoal, grupal, e logo promotores da mudança ambicionada.

A capacidade de motivar o adolescente para um percurso que se prolonga no tempo foi também determinante. Sentia-se que os adolescentes procuravam gratificações imediatas, em detrimento de projectos que impliquem um percurso mais longo.

Em momentos de reflexão, as questões sobre como cada adolescente estaria a viver o actual período, bem como o alcance ou não de insight, emergiam nestas fases em que se procura a dita gratificação ou resolução imediatas.

Aquando da admissão de um adolescente em Hospital de Dia, elabora-se um plano terapêutico que contempla entre outras coisas, os objectivos delineados para cada adolescente e delimita as áreas de intervenção. Um contrato terapêutico é assinado com o adolescente (anexo VIII).

Este princípio implica naturalmente que cada adolescente do grupo seja valorizado, bem como os resultados que se alcançam individualmente.

Este aspecto foi determinante. Segundo Wolf e Schwartz (1977, p. 88) “cada paciente do grupo requer ser tratado através de um plano especial que depende das suas necessidades específicas, da sua patologia do carácter e de suas potencialidades construtivas”.

Cada adolescente é importante e é determinante nos resultados obtidos.

Segundo os mesmos autores, “a eficácia de qualquer terapia depende da importância dada às pessoas no grupo” (Wolf e Schwartz, 1977, p.118).

Um aspecto ainda a ter em conta, é o tipo de abordagem feito ao adolescente, no que diz respeito à formalidade ou não da mesma. O equilíbrio entre o formal e o informal foi alvo de um balanceamento equilibrado, promotor do crescimento e conseqüente mudança.

Referindo-se à acção da enfermeira, Donnelan (1986, p. 19) refere que, "(...) she has also to strike a balance between an informal approach and the more systematic approach of what become known as the nursing process". Acrescenta que, "thus there are both formal and informal roles; a nurse might be someone who accompanies a patient on a outing, plays a game of football, or goes camping, yet at another time she is a confidante or may be the adolescent's therapist" (Donnelan, 1986, p. 21).

O autor refere contudo que, este desempenho de diferentes papéis pode causar confusão no adolescente, no próprio enfermeiro e até noutros profissionais, que podem desenvolver uma visão desfocada acerca das funções do enfermeiro. Neste sentido deve existir uma boa partilha na equipa multidisciplinar, bem como um bom planeamento das estratégias. Actividades e objectivos devem ser cuidadosamente ponderados e devem ser congruentes com as funções de cada profissional.

A informalidade ou a formalidade descritas por Donnellan, acabam por constituir aspectos estratégicos, que promovem e enriquecem a relação que se foi construindo com o adolescente, e que trouxe ganhos em saúde. A figura do enfermeiro é crucial neste contexto, no sentido de proporcionar ao adolescente um outro modelo em relação.

Como Coimbra de Matos (2002, p. 67) refere, "sem ruptura e sem «quebrar» a ligação com o seu meio familiar e social, evitando o internamento, o adolescente perturbado pode ultrapassar os modelos relacionais já inadequados ao se ver confrontado diariamente com as figuras dos técnicos terapeutas que lhe propõem (sem o impor) um novo modelo relacional".

Os motivos de internamento em Hospital de Dia, dos adolescentes do grupo que acompanhámos, englobaram o isolamento social, as dificuldades no controlo de impulsos, a agressividade, um caso de eventual perturbação psicótica e um caso de luto por morte do progenitor. Associados a estes motivos, existiam histórias familiares de ruptura, bem como de problemas na adesão e insucesso escolar.

O grupo de adolescentes não apresentou sempre a mesma constituição. Diferentes motivos tais como, a alta, a adesão parcial, as férias escolares e familiares, entre outros, foram factores que influenciaram a constituição do grupo que globalmente foi constituído por seis adolescentes. As idades variaram entre os treze e os dezassete anos. Eram todos do sexo masculino.

Foram estruturadas sete sessões de grupo (apêndice A). As intervenções foram planeadas em parceria com os enfermeiros do Hospital de Dia e visaram os problemas/diagnósticos de cada adolescente. No decorrer das mesmas, procurámos criar um espaço que, quer através de uma componente física, quer através de uma componente relacional, fosse promotor de interacções significativas, da expressão de sentimentos e do estabelecimento de comunicação. Aplicaram-

se os fundamentos descritos na literatura e que foram descritos atrás e por isso desenvolvemos as sessões preferencialmente com dois técnicos, recorrendo quer a abordagens formais quer informais, dependendo do objectivo da actividade, promovemos discussões sobre o trabalho desenvolvido em cada sessão e estabelecemos assim modelos relacionais diferentes nunca descurando claro está, a individualidade de cada adolescente. No planeamento das sessões, seleccionaram-se os objectivos, os recursos e a duração. O recurso à criatividade foi um elemento chave no processo. Foi necessário adoptar estratégias criativas e dinâmicas de modo a cativar a participação activa e espontânea dos adolescentes e caminhar assim para alcançar os objectivos delineados. Nas nossas intervenções recorreremos ao diálogo, ao jogo, à pintura, ao desenho, à projecção de filmes, entre outros. Através da experiência dos enfermeiros do Hospital de Dia, associada à pesquisa na literatura, encontraram-se motivos para considerar que a utilização destas estratégias seriam benéficas para estes adolescentes em particular, tendo em conta as características desses mesmos adolescentes. O recurso a este tipo de actividades facilitou e promoveu a expressão e verbalização de sentimentos, bem como levou a uma partilha crescente, fomentadora dos processos de socialização e de reflexão.

Afonso (1996, p. 58), refere que “a interacção entre os indivíduos e os materiais vai, na medida em que é uma actividade relativamente estruturada, mediar entre as fantasias e a realidade, dando-lhes suporte para serem exprimidas”. No seguimento disto acresce que “(...) a expressão das emoções sob uma forma mais securizante – porque mediada – aumenta a consciência de si, a capacidade introspectiva, promovendo o crescimento pessoal”.

A utilização de técnicas expressivas estimula assim os processos de socialização.

“A espontaneidade da acção, a criatividade e a possibilidade de construir um objecto que produz um efeito e exprime conteúdos imediatos, retiram a pessoa do seu isolamento, relacionam-na com o mundo, permitem-lhe a comunicação consigo e com o outro” (Afonso, 1996, p. 58).

Em determinados momentos foi impressionante a riqueza do espaço pela espontaneidade que os adolescentes apresentaram. A mediação promovida levou a diálogos francamente produtivos e promotores da resolução dos seus problemas. Observaram-se momentos de tomada de consciência, de espírito de ajuda, de partilha de problemas e de formulação de hipóteses de estratégias, que os adolescentes considerariam como as melhores para resolver esses mesmos problemas. O grupo gerava assim resultados para os elementos que o constituem.

As intervenções não foram contudo só em grupo. Pontualmente, e com base nas interacções mantidas com os adolescentes, foi necessário realizar algumas entrevistas de enfermagem individuais, com o objectivo principal de validar com maior precisão as evoluções do adolescente, promovendo a reflexão ou ainda reforçar estratégias individuais para fazer face às dificuldades sentidas.

Para avaliar as actividades e a sua eficácia, recorreu-se ao registo global do que se passou durante as sessões. Com base nos resultados alcançados e face aos objectivos propostos, foi possível concretizar uma primeira avaliação. Neste registo que tivemos a iniciativa de adoptar, referem-se informações que relatam os comportamentos dos adolescentes, bem como a comunicação estabelecida. Refere-se se houve adesão dos elementos ao longo da sessão e registam-se ainda reacções dos adolescentes às intervenções no decorrer das actividades. As evoluções ou retrocessos percebidos são igualmente registados.

Este registo é complemento à discussão final, promovida pelos enfermeiros que participaram na sessão. Aqui, o confronto de opiniões centra-se não só no adolescente como também nas intervenções de enfermagem e na reflexão sobre as mesmas.

Em determinados dias, a confrontação pessoal realizada referente a determinada atitude que tomámos, ou noutros casos, que poderíamos ter tomado, fez do exercício reflexivo um momento por vezes difícil e no mínimo inquietante. Pode-se quase sempre fazer de outra forma.

Uma última avaliação era realizada nas quintas-feiras de cada semana, na Reunião do Hospital de Dia, aquando da partilha das sessões. Nela estavam presentes todos os profissionais que desempenham funções no referido espaço, incluindo o Coordenador do Hospital de Dia.

Estas reuniões, são parte crucial na formulação das estratégias implementadas para cada adolescente e para cada grupo. É um espaço privilegiado de reflexão em que os aspectos relacionais de cada profissional podem ser olhados.

Marcelli e Braconnier (2005, p. 655) referem que “cada membro da equipa deve aceitar, criticar os seus diversos papéis e saber ser criticado relativamente ao modo relacional que estabeleceu com o adolescente”.

Neste sentido, Donnelan (1986, p. 26) refere que, “an effective and unified team will face such issues, acknowledge differences and place their differences in perspective”.

Houve assim espaço para supervisão, avaliação e reflexão. À medida que cada profissional abordava as diferentes intervenções que havia realizado, tornava-se possível pensar a pertinência das mesmas, reflectindo sobre a forma como foram levadas a cabo e sobre os resultados obtidos. O nosso trabalho era por isso igualmente discutido. Explicávamos as opções escolhidas para as sessões de grupo, descrevíamos globalmente as sessões e destacavam-se as reacções e evoluções dos adolescentes. Acrescentávamos ainda o teor de conversas mantidas com familiares que focavam as relações dos mesmos com os adolescentes e dos adolescentes com o meio social incluindo o escolar. Colocávamos à consideração o que havíamos planeado para as sessões seguintes e colhíamos sugestões e opiniões.

Ao longo destas reuniões e no fim do período de estágio, e após discussão estabelecida com os enfermeiros do Hospital de Dia e com a enfermeira orientadora do local de estágio, concluiu-se que o balanço final foi positivo tendo significado ganhos em saúde para o adolescente e sua

família. Foi possível chegar a esta conclusão, dado que os objectivos de cada sessão foram sendo alcançados e as evoluções de cada adolescente eram percebidas pela equipa.

O testemunho dos familiares acabou por constituir também uma forma de avaliação, na medida em que, e durante as entrevistas realizadas, os familiares identificaram evoluções nos seus filhos e conseqüentemente nas vivências familiares.

#### 4.1.2 – Entrevista e acompanhamento familiar

Há medida que o mundo ganha novos contornos e novas complexidades, em consequência de fenómenos económicos, sociais e culturais, novos problemas surgem, e surgem também novos conceitos ou perspectivas acerca dos modelos familiares existentes. Os novos «formatos» das famílias e as suas vivências são um dos reflexos das mudanças dos tempos. Os conceitos de família têm sido por isso, alvo de diferentes interpretações.

Barker (2000, p. 23), refere que “na sociedade ocidental tem havido uma tendência desde a evolução industrial para encarar a família «nuclear» - marido, mulher e filhos – como «normal», mas há muito que as famílias compostas apenas pelo casal e os seus filhos são minoritárias no mundo ocidental”.

Neste seguimento, Penna citado por Montefusco [et. al.] (2008, p. 73) considera a família como “uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem, convivem em um espaço de tempo, unidos por laços consanguíneos, laços de afectividade, de interesse ou doação, estruturada e organizada, com direitos e responsabilidades, vivendo em um determinado ambiente, influenciada socioeconómica e culturalmente”.

Wright e Leahey, citados por Seabra (2010, p. 22), definem família de uma forma nitidamente mais curta mas de forma muito sugestiva: “É quem os seus membros consideram como tal” .

Hanson (2005, p. 6) indica que “família refere-se a dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são auto-definidos”. A mesma autora vai mais longe ao definir saúde familiar como “um estado dinâmico de relativa mudança de bem estar, que inclui os factores biológico, psicológico, espiritual, sociológico e cultural do sistema familiar” (Hanson, 2005, p. 7).

Dado o agora descrito e dadas as complexidades inerentes à família, cada pessoa pode ter também a sua própria concepção de família, ou pelo menos, se questionada sobre isso, talvez englobe e se refira a elementos que considera como família e que muitos não considerariam como tal. Isto está relacionado com a significância que umas pessoas atribuem a outras, incluindo-as ou não na sua família. Precisamente por isto, Hanson (2005, p. 6) salienta que, “os enfermeiros que trabalham com famílias devem perguntar aos clientes quem é que eles consideram sua família, e incluir essas pessoas no planeamento de cuidados de saúde”.

Importa por isso reflectir acerca da forma como o enfermeiro intervém junto da família.

De um modo global a enfermagem de cuidados de saúde à família significa segundo Hanson (2005, p. 8) “(...) o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão

dentro do raio de acção da prática de enfermagem. A enfermagem de família pode ter como objectivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como uma componente da sociedade”.

A intervenção junto da família implica certamente a avaliação da mesma e das suas necessidades. A avaliação da família implica o saber “estar” e “fazer”, e isto pode significar desde o adoptar uma postura de escuta, passando por utilizar diferentes meios de comunicação e diferentes tipos de entrevista, como pode significar um encaminhamento para outro técnico mais vocacionado para determinado tipo de problema. Esta última hipótese é congruente não só com os princípios inerentes a uma relação de ajuda profissional, como também com o descrito no código deontológico do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 65), mais precisamente no seu artigo nº 83, alínea b) que diz que o enfermeiro deve, “orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência”. Intervenção não implica que o enfermeiro assuma riscos ou decisões convicto de que tem de «fazer» algo. Intervenção na família implica considerá-la como elemento activo e imprescindível no processo de cuidados, pois é ela que vai operar a mudança. O enfermeiro não é responsável pela adaptação do familiar ao problema ou dificuldade sentida, é sim promotor de um contexto para que a mudança ocorra (Montefusco [et. al.], 2008).

A intervenção assume também um duplo papel. Por um lado um papel de suporte psicológico no sentido de reconfortar, por outro lado um papel de educação que envolve informação e comunicação (Seabra, 2010, p. 23).

Ainda no plano da intervenção e segundo Robinson e Wright (1995) referidos por Hanson (2005, p. 173), indicam que, “as intervenções de enfermagem não são apenas instrumentos ou tácticas, mas também, tudo o que o enfermeiro diz ou faz com as famílias que influencia o sistema familiar”.

Tal como noutros contextos de cuidados, a motivação do familiar para participar no processo de ajuda é imprescindível. É essencial clarificar essa mesma motivação (Chalifour, 2009, p. 89). O mesmo autor acrescenta que, “(...) é indispensável que o terapeuta adquira um bom conhecimento geral do cliente, para que possa reconhecer as causas internas e externas do que o perturba, e o modo como isso afecta o seu funcionamento” (Chalifour, 2009, p.89). Neste caso a família.

No módulo de estágio anterior, e à medida que as actividades foram sendo desenvolvidas, e à medida que fomos conhecendo os adolescentes, sentimos necessidade de reforçar as relações profissionais com os familiares e/ou pessoas significativas dos adolescentes, correspondendo enquanto profissionais a eventuais necessidades e expectativas sentidas pelos mesmos familiares. Nos dias passados na Clínica da Juventude, e através dos encontros informais mantidos com os pais dos adolescentes, era perceptível a necessidade urgente que alguns pais manifestavam, no sentido de uma rápida resolução para os problemas, centrando-se eles e os adolescentes, apesar de o fazerem de forma diferente, nessa urgência.

Marcelli e Braconnier (2005, p. 35) evocam Winnicott quando referem que, “o tempo continua a ser o factor terapêutico essencial mesmo se, tomado pela urgência do instante, o adolescente e os seus pais não vêem outra coisa além da situação actual”.

Foi também por isto que desenvolvemos um plano, no sentido de acompanhar os familiares. O objectivo passava por ter uma compreensão mais fidedigna dos reais problemas existentes, quer relacionados directamente com o adolescente, quer relacionados com o contexto familiar, embora sejam naturalmente indissociáveis. Pretendemos criar um espaço totalmente destinado ao familiar, centrado em si, para que pudesse comunicar livremente. Um espaço em que a nossa presença promovesse um clima de confiança, ausente de juízos de valor, onde fosse acolhido calorosamente e de forma autêntica.

“A presença simboliza ao mesmo tempo a força que suscita a confiança e que tranquiliza”(…) (Phaneuf, 2005, p. 329).

Este clima que proporcionámos no sentido de uma partilha de informação, visava igualmente estimular a participação e o envolvimento activo do familiar no processo terapêutico do adolescente. Afinal, era o projecto de saúde da família que estava em questão e não sómente de um dos seus elementos.

Optou-se pela realização de entrevistas de enfermagem ao familiar mais significativo para o adolescente, sendo que este último deveria fazer parte do grupo que acompanhámos. Tudo no sentido de potenciar as intervenções e avaliar melhor os resultados das mesmas.

Por limites temporais inerentes ao estágio e por limites relacionados com recursos humanos e consequente organização institucional, as entrevistas foram únicas, ficando no entanto nítida a ideia de que este projecto desenvolvido foi efectivamente crucial para corresponder em cuidados de saúde às necessidades das famílias. No total foram realizadas cinco entrevistas (apêndice B).

Baseámo-nos em certo modo, no conceito de entrevista inicial de Chalifour (2009) que define como,

*“(…) um encontro formal ao longo do qual aquele que ajuda e aquele que é ajudado entram em contacto pela primeira vez com o objectivo de se conhecer, de clarificar um pedido de ajuda, de determinar os serviços mais adequados para lhe responder e, de acordo com a situação, permitir ao interveniente oferecer ajuda ou orientar o cliente para o recurso mais apropriado” (p. 82).*

Apesar de, e aquando do planeamento das entrevistas, termos definido objectivos/temas genéricos a abordar, era primordial escutar o que os familiares poderiam ter para dizer para além disso. Apesar de tudo, foi importante a referência que fizeram a aspectos relacionados com as suas vivências do quotidiano familiar e da percepção que tinham da situação actual.

Dado que a realização das entrevistas partiu de nossa iniciativa, foi essencial clarificar os motivos do encontro no início da entrevista e ter a certeza de que eram valorizados pelas pessoas presentes.

“Constatámos que uma das principais condições de sucesso da entrevista inicial estava relacionada com a preocupação das pessoas em presença quanto ao motivo de consulta” (Chalifour, 2009, p. 89).

Esta clarificação é importante, para entre outras coisas, suscitar o interesse do cliente, orientar a entrevista e até para orientar o cliente para recursos melhor colocados no sentido de responder às suas expectativas (Chalifour, 2009, p. 90).

De uma forma global, sentimos que os familiares estiveram motivados para participar nas entrevistas. Dadas as evoluções dos adolescentes já alcançadas nesta fase, os resultados práticos foram sendo percebidos pelos familiares, e vêem agora esses mesmos resultados validados nestas entrevistas. Procurámos em cada entrevista, partilhar informação acerca da evolução do adolescente em Hospital de Dia e conhecer mais acerca do seu comportamento no seio familiar.

Foi um importante objectivo alcançado ter possibilitado a estes familiares, a referida oportunidade para exporem os seus sentimentos e preocupações mais emergentes. Existiu uma tendência natural para falarem no filho, contudo em alguns momentos abordaram outras questões familiares de fundo, nomeadamente as relacionadas com o subsistema conjugal. Aqui e num caso pontual, em que os pais de um adolescente eram casados e juntamente com o filho constituíam o agregado familiar, foi possível diagnosticar uma vivência conjugal nitidamente «insuficiente» e instável. A mãe foi clara quanto a isto, percebendo-se aqui que, seria importante a intervenção de outro técnico mais direccionado para este tipo de problema. Por duas razões: a primeira relacionada com este tipo de complexidade que é inerente à relação conjugal e que foge ao âmbito das competências do enfermeiro que não tem formação em terapia familiar; a segunda, relacionada com o facto, de que nem sempre será conveniente que o enfermeiro que acompanha em primeiro plano o adolescente seja igualmente o enfermeiro que acompanhe a família num determinado tipo de problema. “It is important that a clear role and purpose is defined for the nurse/family worker, and in general it is best if this nurse is not the primary nurse for the adolescent’s day-to-day management” (Donnellan, 1986, p. 23).

Foram ainda focados nas entrevistas aspectos tais como, a partilha da responsabilidade entre pai e mãe; a qualidade das relações entre os pais; a qualidade das relações entre os pais e o adolescente; a gestão do dia-a-dia familiar; as tarefas domésticas; a escolaridade; a vida social do adolescente; a vida profissional dos pais; sentimentos gerais do adolescente e dos pais; a opinião familiar em relação aos resultados do acompanhamento em Hospital de Dia e ainda a alta do Hospital de Dia. Neste conjunto de temas abordados encontrámos muita informação mas também a consciência da complexidade inerente. A avaliação do contexto familiar é multifactorial e muitas vezes com insuficiente informação. Daí que, tanto na comunicação estabelecida com o familiar, como na tomada de decisão, houve necessidade constante de reflectir durante a prática e posteriormente no após.

Existe contudo um aspecto importante relacionado com a assumpção de papéis. Constituíndo o enfermeiro e as suas intervenções um outro modelo relacional para o adolescente, tornou-se essencial abordar esta questão durante as entrevistas. Isto, porque existe a possibilidade do

familiar poder sentir-se culpado pela presente situação, de poder sentir o seu papel parental em risco, nomeadamente a sua autoridade, e de poder ainda sentir-se confuso quanto à articulação a desenvolver com o enfermeiro.

Segundo Donnellan (1986, p. 22), “there is also likely to be a two-edged issue concerning the authority of the family and the authority of the nurse. In order that this be faced and resolved careful negotiation between the nurse, the patient and the family is necessary”.

Um bom planeamento envolvendo todos os intervenientes, foi crucial para que os familiares entendessem os cuidados de enfermagem como coerentes, fundamentados, e nunca como uma ameaça. Esta negociação e esta abordagem trouxe concerteza bons resultados e evitou situações incómodas pela falta de clarificação.

A avaliação destas entrevistas foi realizada com base nos registos realizados após as entrevistas e com base na discussão com outros elementos da equipa, principalmente com os enfermeiros do Hospital de Dia. Reflectindo sobre os objectivos/temas propostos para cada entrevista, foi possível perceber se esta trouxe resultados práticos.

Dada a forte adesão dos familiares à realização das entrevistas e dadas as suas reacções durante e após o decorrer das mesmas, podemos concluir que só pelo facto destas entrevistas terem tido lugar, já significaram ganhos em saúde.

Foi possível perceber uma maior tranquilidade nos familiares. Por um lado por terem sido simplesmente escutados, por outro lado e inerente a essa escuta, por se terem sentido incluídos no projecto terapêutico. Puderam assumir um papel de parceiros, de agentes de mudança, contrariando a ideia que ainda persiste em muitos contextos, de que aos familiares apenas lhes cabe um papel acessório.

Neste sentimento de maior confiança e segurança, receberam também a informação que lhes foi fornecida quanto aos contextos do Hospital de Dia, bem como, relativas ao papel do enfermeiro. Através destas entrevistas consolidou-se e promoveu-se o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros e consequentemente pela equipa do Hospital de Dia.

#### 4.1.3 – Articulação com outros profissionais

A articulação com outros profissionais foi estabelecida primordialmente através de um trabalho em equipa estruturado, através de inúmeros debates e confronto de ideias mantidos com enfermeiros e outros profissionais, no antes e após as sessões de grupos, e no decorrer dos dias em estágio e através da Reunião do Hospital de Dia.

Como a realização das sessões dos grupos de adolescentes ocorre preferencialmente com a presença de dois técnicos, e preferencialmente de sexos diferentes, o planeamento das sessões é assim aferido pelos dois. No geral, a participação nas actividades de outros grupos foi desenvolvida em parceria com dois enfermeiros, com uma terapeuta ocupacional e com

uma monitora. Houve colaboração recíproca independentemente de quem assumia o papel de principal terapeuta ou facilitador.

As discussões mantidas com os diferentes profissionais ocorreram diariamente, e foram preponderantes tanto para a prática de um exercício reflexivo e crítico sistemático, como para a formulação ou reformulação de estratégias de cuidados.

Na Reunião do Hospital de Dia houve assim lugar a uma participação activa na equipa. Mobilizaram-se os conhecimentos adquiridos em relação aos casos apresentados, no intuito de contribuir para a discussão e clarificação dos mesmos. Promoveu-se a continuidade dos cuidados e reforçou-se o planeamento desses mesmos cuidados. As participações procuraram promover o espírito de trabalho em equipa, e de certo modo, testaram-se conhecimentos adquiridos resultantes desta experiência profissional.

Foi evidente ao longo destas reuniões o significado da expressão ganhos em saúde. No comportamento e discurso dos adolescentes foi possível perceber isso, bem como na participação activa dos familiares no processo terapêutico do adolescente, fortalecida pela realização das entrevistas familiares.

Houve sentimento de pertença à equipa, pela forma como a equipa reagiu às intervenções feitas fora e dentro da reunião. As opiniões foram valorizadas, as questões pensadas, e o trabalho foi respeitado e articulado no planeamento das actividades dos diferentes profissionais.

No decorrer destas três áreas de intervenção neste módulo de estágio, ou seja, tendo em conta a intervenção no grupo de adolescentes, o acompanhamento familiar e a articulação com os diferentes profissionais, foram desenvolvidas várias competências, entre as quais, “gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada”; “comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral”; “avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva avançada”; “abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”; “demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”; “liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na sua área de especialização”; “zelar pelos cuidados prestados na sua área de especialização”; “realizar a gestão de cuidados na sua área de especialização”; “identificar as necessidades formativas na sua área de especialização”; “manter, de uma forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional” e “promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros” (Universidade Católica Portuguesa, 2010, p. 3,4,5).

## **5 – MÓDULO II – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM UNIDADES DE INTERVENÇÃO NA CRISE DO ADULTO**

Este capítulo destina-se a fundamentar as creditações de competências que foram atribuídas no contexto do módulo de estágio II, fruto da experiência adquirida através do trabalho desenvolvido ao longo de mais de dez anos em serviços de internamento de saúde mental e psiquiatria para pessoas em crise.

### **5.1 – DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER e DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO**

Nestes dois departamentos contabilizam-se ao todo, mais de onze anos de exercício profissional, em serviços de internamento de pessoas com perturbação psiquiátrica aguda.

A prestação directa de cuidados tem sido direccionada a pessoas de ambos os sexos, pertencentes a uma faixa etária adulta, com diferentes diagnósticos psicopatológicos. Esquizofrenia, doença bipolar, depressão, perturbações de personalidade e outros diagnósticos, são alguns exemplos de situações clínicas alvo de intervenção em enfermagem.

Através de um trabalho em equipa multidisciplinar, em dois contextos de cuidados de saúde em localizações geográficas distintas, foi e tem sido possível, conhecer realidades diferentes de grande complexidade. Tem sido possível acompanhar evoluções ao nível dos processos de saúde-doença e respectivos impactos dos mesmos na vida das pessoas, como tem sido possível conhecer as evoluções nas respostas que as instituições de saúde efectivamente disponibilizam à população, no que concerne às suas necessidades de cuidados de saúde e naturais e inerentes expectativas. Os cuidados de enfermagem foram também, e pontualmente estabelecidos, noutros contextos ligados a estes dois departamentos, nomeadamente em consulta externa e em unidades de internamento para pessoas com perturbações psiquiátricas crónicas.

Tem sido igualmente possível acompanhar de perto as evoluções e dinâmicas, no que diz respeito à formação em enfermagem. Este acompanhamento tem-se desenvolvido não só pela forma activa com que se tem participado nesse processo, como também pelas constantes interações mantidas com colegas de profissão e estudantes de enfermagem. Por sua vez e no seguimento disto, situam-se as diferentes alterações ocorridas quer do ponto de vista da estrutura da carreira, quer do ponto de vista dos formatos dos cursos de licenciatura e ainda a fundação de uma ordem profissional dos enfermeiros.

Como enfermeiros activos, procurou-se desenvolver um trabalho consistente, tanto ao nível da formação em serviço, como fora dele. Contabilizam-se várias participações em contextos formativos no âmbito das instituições, com participação no desenvolvimento de projectos que promoveram a qualidade dos cuidados de saúde proporcionados.

Fora da instituição, ocorreram diferentes participações em vários eventos, quer ligados à sua organização, quer através de uma participação puramente formativa.

Estabeleceram-se inclusivé parcerias escolares, no sentido de colaborar na orientação de estudantes em ensino clínico, com tudo o que isso implica do ponto de vista da supervisão do exercício profissional, da gestão de cuidados e das capacidades de liderança de equipas de prestação de cuidados. As funções de chefe de equipa foram igualmente fundamento para desempenhar e assumir papéis como os atrás decritos.

Ainda na formação destacam-se a realização do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem e a realização de uma Pós-Graduação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. No primeiro realizou-se um trabalho final de investigação de carácter qualitativo, centrado na temática da agressividade no contexto da relação enfermeiro-cliente em serviço de internamento.

Ao longo destes anos, houve também a responsabilidade de acolher e integrar novos profissionais de enfermagem.

O exercício profissional desenvolvido dentro dos serviços de internamento em contexto de crise, possibilitou a aplicação e o desenvolvimento de estratégias que incluíram a relação de ajuda, diferentes tipos de entrevista à pessoa internada e respectiva família, sessões de psicoeducação, articulação com diferentes profissionais, participação em reuniões clínicas no departamento, em reuniões clínicas de serviço, em reuniões de enfermagem, entre outras.

Todos os dias passados nestes serviços de internamento revestiram-se de inúmeras interações com as pessoas internadas e com a necessária flexibilização dos cuidados dependendo de cada caso particular.

## **5.2 – CREDITAÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

Em resultado do atrás descrito foram sendo desenvolvidas diferentes competências profissionais que justificam a sua creditação neste contexto de cuidados e consequentemente neste módulo de estágio. Para não se enumerarem aqui de forma exaustiva, e tendo em consideração as competências estipuladas pela Universidade Católica (Universidade Católica Portuguesa, 2010, p. 3, 4, 5), poder-se-á referir que foram globalmente atingidas.

## **6 – CONCLUSÃO**

Este estágio, constituído por dois módulos, foi destinado à promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico e prevenção, bem como a uma área de opção. Em ambos se optou por intervir na fase de desenvolvimento da adolescência.

Antes do estágio e antes da realização de qualquer um dos módulos, havia grande desconhecimento prático em torno das intervenções realizadas em espaços como são a Consulta Externa e o Hospital de Dia, ambos pertencentes à Clínica da Juventude.

Na Consulta Externa, e primordialmente através da entrevista, estabeleceu-se a relação de ajuda com o adolescente e sua família. Foram realizadas dezenas de entrevistas agendadas, que permitiram intervenções de promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, intervenções de prevenção de situações de doença e ainda intervenções de diagnóstico. Foram também realizadas intervenções não agendadas e que resultaram do aparecimento de situações imprevistas.

No Hospital de Dia foi igualmente estabelecida uma relação terapêutica com o adolescente e família, quer junto do adolescente no grupo terapêutico, quer junto da sua família através da realização de entrevistas de enfermagem.

Participou-se em dezenas de sessões de diferentes grupos de adolescentes como co-terapeutas o que possibilitou uma melhor interiorização de certas dinâmicas grupais e do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde. Posteriormente desenvolveram-se sete sessões como principais terapeutas.

Ainda no Hospital de Dia realizaram-se as cinco entrevistas familiares no sentido de estabelecer o acompanhamento familiar.

Tanto num espaço como no outro, participou-se nos diferentes tipos de reuniões da Clínica da Juventude.

Os dois módulos de estágio englobaram assim situações de cuidados que foram completamente novas. À intervenção junto do adolescente e da sua família no espaço da consulta de acolhimento, associava-se o contexto de cuidados no grupo terapêutico de adolescentes e ainda a intervenção familiar. Tudo num âmbito comunitário. Como Almeida (1996, p. 36) refere “faz-se o caminho, caminhando, articulando a pessoa, o grupo, num contexto relacional sócio-comunitário”.

A determinação pessoal e profissional que este percurso formativo exigiu, obrigou a um trabalho intenso e estruturado aquando da prática clínica diária. Diariamente após cada dia de trabalho, eram analisadas as actividades desenvolvidas e eram repensadas as estratégias. O

planeamento, execução e avaliação das actividades foram desenvolvidos diariamente. O confronto pessoal e profissional levaram a momentos de reflexão sistemáticos apoiados em bibliografia existente e na formulação e reformulação de questões/problemas com os enfermeiros da Clínica da Juventude, bem como com outros profissionais. Essa reflexão centrou-se na prática diária, mas centrou-se também nas questões da formação e respectivas necessidades sentidas.

Comunicar na equipa com os diferentes profissionais requereu humildade, sensatez, mas também a confiança assente no percurso realizado até hoje. Integrar uma equipa multidisciplinar e especializada não é tarefa fácil e exige espírito de trabalho, capacidade de aprendizagem permanente e também mobilização de conhecimentos anteriores.

Em todos os dias observou-se algo diferente.

Cuidar do adolescente significou por tudo isto forte empenho pessoal.

Através dos enfermeiros que trabalham diariamente na Clínica da Juventude e através de outros profissionais, foi possível concluir que o trabalho desenvolvido integrou, complementou e respeitou o trabalho dos restantes profissionais. Constituiu um contributo para a própria equipa e contexto de cuidados, uma vez que, com a experiência profissional conquistada até aqui, foi possível actuar de forma consistente, trazendo necessariamente outras perspectivas de exercício profissional. Através das actividades planeadas e implementadas foi possível potenciar o trabalho existente e deste modo enriquecê-lo.

Os ganhos em saúde surgiam assim fruto de intervenções aos três níveis de prevenção - primária, secundária e terciária -, e principalmente como resultado do estabelecimento de relações de ajuda profissionais.

A gestão dos cuidados foi pensada no sentido de responder às necessidades da população em cuidados de saúde mental, mas também no sentido de corresponder às suas expectativas. Estabelecer uma comunicação eficaz com o adolescente e sua família requereu adaptação, flexibilidade, conhecimentos teóricos e as habilidades necessárias. Isto implicou necessariamente uma capacidade para comunicar em situações previstas mas também em situações imprevistas e até «adversas». Esta complexidade naturalmente existente é inerente, em primeiro lugar, à pessoa e à sua unicidade, e depois inerente aos seus projectos de vida e consequentes projectos de saúde. Espera-se da intervenção dos profissionais, e mais precisamente do enfermeiro especialista, uma resposta competente, que esteja à altura de tempos que não se imobilizam.

Para promover estilos de vida, para prevenir situações de doença, e para diagnosticar correctamente, o enfermeiro deve olhar e compreender o que se passa. Para tal selecciona e aplica os meios que considera os mais adequados, no sentido de dar resposta a cada situação particular. É de acordo com as avaliações que faz, e na decisão autónoma da aplicação de diferentes estratégias de intervenção que se pretendem terapêuticas, que reside parte da especialização dos cuidados. É na interpretação dos contextos e na reflexão sistemática

acerca do que interpreta, e que levará à tomada de decisão, que reside o respeito pelo outro e pela sua situação particular.

A aproximação ao outro implica ter em conta a sua referida complexidade e carácter único.

Aferindo tudo o que foi abordado neste presente relatório, ao proposto e aprovado pela Ordem dos Enfermeiros, no seu Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, e apesar da abordagem já feita neste relatório às competências estipuladas pela Universidade Católica Portuguesa em relação ao enfermeiro especialista que foram desenvolvidas através do estágio e através da experiência profissional, pode-se concluir que foram desenvolvidas em diferentes intensidades várias competências de acordo com os contextos de estágio e objectivos propostos, sendo na generalidade as seguintes:

- “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família grupos e comunidade na optimização da saúde mental;
- Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3).

Em termos de unidades de competência, destacam-se na Consulta Externa que: “demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas”; “executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente”; “executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família”; “estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade”; “realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 4-6).

Destacam-se no Hospital de Dia que: “demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas”; “executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente”; “executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família”; “coordena,

implementa e desenvolve projectos de promoção e protecção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos”; “estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade”; “identifica os resultados esperados com a implementação dos projectos de saúde dos clientes”; “realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade”; “realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados”; “coordena e desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental”; “desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à sua situação”; “promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 4-8).

Através de um trabalho de continuidade planeado localmente para os dois módulos de estágio orientado pela Sr<sup>a</sup> Enfermeira Fernanda Pedro, e depois através de uma articulação profissional e acompanhamento no Hospital de Dia com a Sr<sup>a</sup> Enfermeira Paula Vaz e com o Sr<sup>o</sup> Enfermeiro João Marques, bem como e através da orientação tutorial desenvolvida pelo Professor Paulo Seabra, foi possível alcançar os objectivos propostos para este estágio.

Os objectivos deste relatório foram atingidos. Visaram dar a conhecer e a compreender o percurso e trabalho desenvolvido, bem como visaram demonstrar os ganhos pessoais e profissionais assentes nas competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental.

Este foi sem dúvida e até hoje, um dos maiores desafios do percurso profissional, neste caso em concreto, no contexto de uma formação profissional avançada.

Que ser Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, signifique ser elemento promotor de saúde, ao trabalhar com e em prol das populações, construindo com elas os seus projectos de vida e consequentes projectos de saúde, fazendo assim face a tempos difíceis, que são e aparentemente continuarão a ser cada vez mais complexos.

## **7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

AFONSO, José de Abreu – Grupo Terapêutico na Intervenção Comunitária: Uma experiência no atelier de artes plásticas da associação comunitária de saúde mental. **Revista da Sociedade de Antropoanálise**. [s.l.] ISSN 0871-861-X. 2 (1996) 55-58.

ALMEIDA, Maria José V. – Estratégias de Intervenção Familiar em Saúde Mental Infantil. **Revista da Sociedade de Antropoanálise**. [s.l.] ISSN 0871-861-X. 2 (1996) 35-37.

BARKER, Philip – **Fundamentos da Terapia Familiar**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi, 2000. ISBN 972-8449-68-2. p. 23-34.

BRACONNIER, Alain; MARCELLI, Daniel – **As Mil Faces da Adolescência**. Lisboa: Climepsi, 2000. ISBN 972-8449-56-9. p. 39-48, 127-136.

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL. Área de Pedopsiquiatria. Clínica da Juventude - **Manual de Integração**. Lisboa: Clínica da Juventude, 2010. 12 p.

CHALIFOUR, Jacques – **A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda**. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-05-5. p. 9-43, 48-115, 120-213.

CHALIFOUR, Jacques – **A Intervenção Terapêutica: Estratégias de intervenção**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-21-5, p. 57-110.

COIMBRA DE MATOS, A. - **A Adolescência: o triunfo do pensamento e a descoberta do amor**. Lisboa: Climepsi Editores, 2002. ISBN 972-796-022-7. p. 41-49, 55-75, 97-117, 121-138.

DASHIFF, Carol [et al.] – Poverty and Adolescent Mental Health. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**. [Em linha]. 22:1 (2009) 23-32. [Consult. 28 Jun. 2010]. Disponível na Internet: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6171.2008.00166.x/pdf>.

DIAS, Maria J. M. C. – Conceitos dos Modelos Teóricos de Enfermagem baseados na abordagem sistémica. **Revista Enfermagem em Foco**. Lisboa. ISSN 0871-8008. 5 (1992) 46-49.

DIAS, Sónia Maria Ferreira – **Comportamentos Sexuais nos Adolescentes: Promoção da Saúde Sexual e Prevenção do VIH/SIDA**. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian, 2009. ISBN: 978-972-31-1292-4. p. 55-70.

DONNELLAN, Michael – The Nursing of Adolescents. In STEINBERG, Derek [ed.] – **The Adolescent Unit - Work and Teamwork in Adolescent Psychiatric**. Chichester: John Wiley & Sons, 1986. p. 19-25.

FREESE, B. – Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In TOMEY, Ann M; ALLIGOOD, Marha R – **Teóricas de Enfermagem e sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6, p. 335-375.

GUIMÓN, José - **Introdução às terapias de grupo**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2002. ISBN 972-796-055-3. p. 61-68, 101-114

HANSON , Shirley M. H. – **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-83-5. p. 3-37, p. 157-179, p. 181-206, p. 323-347.

HOWK, Chérie – Enfermagem Psicodinâmica. In TOMEY, Ann M; ALLIGOOD, Marha R – **Teóricas de Enfermagem e sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6, p. 423-435.

MARCELLI, Daniel; BRACONNIER, Alain - **Adolescência e psicopatologia**. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. 1ªed. ISBN 972-8449-86-0. p. 23-54, 115-146, 447-451, 617-657.

MATOS, Margarida G. [coord.] – **Consumos de Substâncias: Estilo de Vida? Á Procura de um Estilo?** Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2008. 382 p. ISBN 978-972-9345-65-4. p. 25-44

MONTEFUSCO, Selena [et al.] – Avaliação de famílias no contexto hospitalar: uma aproximação entre o modelo Calgary e a taxonomia da Nanda. **Texto & Contexto de Enfermagem**. [Em linha]. 17:1 (2008) 72-80. [Consult. 12 Fev. 2011]. Disponível na Internet: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/08.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários**. [s.l.]: Ordem dos Enfermeiros, 2003. 187 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental**. [Em Linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. [Consult. 16 Fev. 2011]. Disponível na Internet: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

PHANEUF, Margot - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. 1ª ed. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3. p. 1-19, 163-188, 249-319, 321-390

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde: Divisão de Saúde Escolar – **Programa Nacional de Saúde Escolar**. [Em Linha]. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2006. [Consult. 16 Fev. 2011]. Disponível na Internet: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental – **Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal, Plano de Acção 2007-2016**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2007. 151 p.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde. Coordenação Nacional para a Saúde Mental – **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo Executivo**. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008. 56 p. ISBN 978-989-95146-6-9.

SARAIVA, Carlos Braz – Desenvolvimento e Adolescência. In SARAIVA, Carlos Braz – **Estudos Sobre o Para-Suicídio: O que leva os jovens a espreitar a morte**. Coimbra: Redhorse, 2006. ISBN 989-95148-0-2. p. 141-148.

SEABRA, Paulo – Entrevista Familiar: Um instrumento de avaliação e intervenção em enfermagem de saúde mental. **Revista Nursing**. [s.l.] ISSN 0871-6196. 260 (2010) 20-26.

TAYLOR, Cecelia – **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. 13ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p. 89-99.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - **Guia de Estágio**. Lisboa: UCP-ICS/ESPS, 2010. 8 p.

WOLF, Alexander; SCHWARTZ, Emanuel K. - **Psicanálise em Grupos**. Petrópolis: Editora Vozes Ltda, 1977. Vol XVI. p. 84-118.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A – Sessões de Grupo**

## HOSPITAL DE DIA – GRUPO DE ADOLESCENTES

### PRIMEIRA SESSÃO

#### “ACTIVIDADES”

**Dia:** 7 de Junho

**Início:** 16h00

**Fim:** 18h00

**Presentes:** V, J, G, A, R

**Objectivos:**

- Desenvolver capacidades de iniciativa
- Desenvolver capacidades de planeamento
- Desenvolver capacidades de criatividade
- Estimular a interacção com os pares

**Recursos:** Diferentes salas do Hospital de Dia, mesa e cadeiras, quadro de parede, giz, papel e caneta

<b>ACTIVIDADE</b>	<b>DURAÇÃO</b>
Descompressão inicial (inclui jogo)	30 minutos
Introdução ao tema	10 minutos
Elaboração individual de ideias	20 minutos
Discussão em grupo	30 minutos
Resumo das ideias	5 minutos
Finalizar	5 minutos
Descompressão final + Lanche	20 minutos

## HOSPITAL DE DIA – GRUPO DE ADOLESCENTES

### SEGUNDA SESSÃO

#### “PALAVRAS SOLTAS”

**Dia:** 22 de Junho

**Início:** 14h00

**Fim:** 16h00

**Presentes:** V, J, A,

**Objectivos:**

- Desenvolver capacidades de iniciativa
- Desenvolver espírito reflexivo e de discussão
- Promover a socialização

**Recursos:** Diferentes salas do Hospital de Dia, mesa, cadeiras, papel, caneta, palavras impressas

<b>ACTIVIDADE</b>	<b>DURAÇÃO</b>
Descompressão inicial	30 minutos
Introdução da actividade	10 minutos
Elaboração individual do texto	20 minutos
Partilha e discussão em grupo	30 minutos
Resumo das ideias e finalizar	15 minutos
Descompressão final + Lanche	15 minutos

## HOSPITAL DE DIA – GRUPO DE ADOLESCENTES

### TERCEIRA SESSÃO

#### “AUTO-RETRATO”

**Dia:** 26 de Julho de 2010

**Início:** 16h00

**Fim:** 18h00

**Presentes:** F, JD,D

**Objectivos:**

- Realizar o auto-retrato
- Estimular a interacção e socialização com os pares
- Estimular a criatividade
- Promover o auto-conhecimento
- Estimular a reflexão

**Recursos:** Sala de estar do Hospital de Dia, mesa e cadeiras, cartolinas, revistas, marcadores de côr

<b>ACTIVIDADE</b>	<b>DURAÇÃO</b>
Descompressão inicial (jogo)	30 minutos
Introdução ao tema	10 minutos
Realização do póster	45 minutos
Final	15 minutos
Descompressão final (lanche)	20 minutos

## HOSPITAL DE DIA – GRUPO DE ADOLESCENTES

### QUARTA SESSÃO

#### “MÁSCARAS” – O MOLDE

**Dia:** 16 de Agosto de 2010

**Início:** 16h00

**Fim:** 18h00

**Presentes:** F, JD, R, G

**Objectivos:**

- Construir o molde da máscara;
- Estimular a criatividade;
- Estimular a interacção e socialização com os pares;
- Estimular a cooperação entre os pares.

**Recursos:** Sala de actividades do Hospital de Dia, mesa e cadeiras, rolos de gesso, tabuleiro com água, tesoura, papel de celulose, creme.

<b>ACTIVIDADE</b>	<b>DURAÇÃO</b>
Descompressão inicial (jogo)	15 minutos
Explicação da actividade	10 minutos
Construção do molde	45 minutos
Descompressão final (jogo)	35 minutos
Descompressão final (lanche)	15 minutos

## HOSPITAL DE DIA – GRUPO DE ADOLESCENTES

### QUINTA SESSÃO

#### “MÁSCARAS” – CARACTERIZAÇÃO

**Dia:** 23 de Agosto de 2010

**Início:** 16h00

**Fim:** 18h00

**Presentes:** F, JD, G

**Objectivos:**

- Caracterizar o molde da máscara;
- Estimular a criatividade;
- Estimular a interacção e socialização com os pares;
- Estimular eventual cooperação entre os pares.

**Recursos:** Sala de actividades do Hospital de Dia, mesa e cadeiras, tintas várias, tabuleiro com água, pincéis, aventais, x-actos

<b>ACTIVIDADE</b>	<b>DURAÇÃO</b>
Descompressão inicial (jogo)	30 minutos
Explicação da actividade	10 minutos
Caracterização do molde	70 minutos
Descompressão final (lanche)	10 minutos

## HOSPITAL DE DIA – GRUPO DE ADOLESCENTES

### SEXTA SESSÃO

#### “MÁSCARA & PERSONAGEM”

**Dia:** 30 de Agosto de 2010

**Início:** 16h00

**Fim:** 18h00

**Presentes:** F, JD, G, R, L

**Objectivos:**

- Terminar máscara;
- Criar personagem;
- Estimular a criatividade;
- Estimular a interacção e socialização com os pares;
- Estimular cooperação entre os pares;
- Promover a reflexão

**Recursos:** Sala de actividades do Hospital de Dia, mesa e cadeiras, tintas várias, tabuleiro com água, pincéis, aventais, x-actos, elásticos, papel e caneta

<b>ACTIVIDADE</b>	<b>DURAÇÃO</b>
Introdução da actividade	20 minutos
Terminar a máscara	45 minutos
Construir personagem	45 minutos
Descompressão final (lanche)	10 minutos

## HOSPITAL DE DIA – GRUPO DE ADOLESCENTES

### SÉTIMA SESSÃO

#### “O FIM”

**Dia:** 6 de Setembro de 2010

**Início:** 16h00

**Fim:** 18h00

**Presentes:** JD, JC, R, L

**Objectivos:**

- Terminar o grupo;
- Facilitar a conclusão individual de cada adolescente;
- Estimular a interacção e socialização com os pares;
- Promover a verbalização de sentimentos;
- Promover a reflexão;
- Realizar a ponte para actividades e projectos futuros (pessoais e grupais).

**Recursos:** Jardim frontal à Clínica da Juventude e jogos didáticos.

<b>ACTIVIDADE</b>	<b>DURAÇÃO</b>
Jogo inicial	30 minutos
Introdução	15 minutos
“Terminar”	45 minutos
Descompressão final & lanche	30 minutos

## **APÊNDICE B – Guião das Entrevistas de Enfermagem aos Familiares**

**HOSPITAL DE DIA**  
**A FAMÍLIA**  
**ENTREVISTA DE ENFERMAGEM**

***Familiar Presente:*** Mãe

***Enfermeiros:*** Eu e Enfermeiro João

***Duração:*** 45 minutos

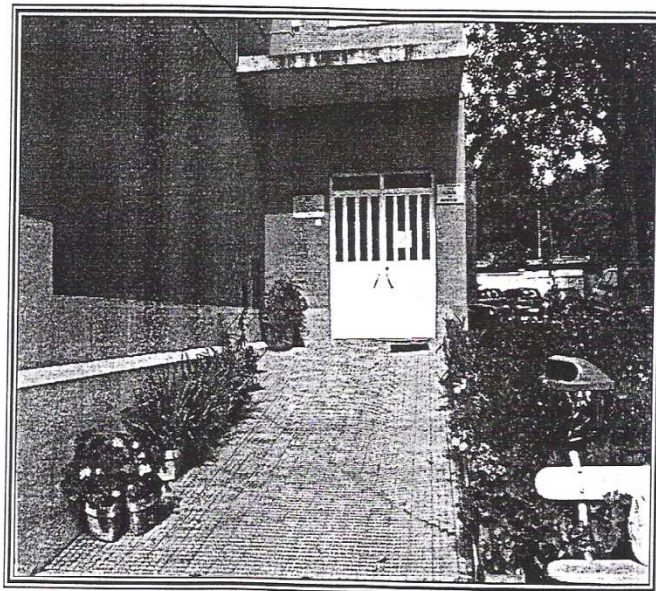
***Objectivos / Temas:***

1. Criar um espaço para a família expôr as suas dúvidas e sentimentos;
2. Planear em conjunto com a família eventuais estratégias que respondam às suas dificuldades e necessidades;
3. Clarificar aspectos sobre a intervenção do enfermeiro;
4. Realizar um balanço da frequência do adolescente em Hospital de Dia;
5. Programar a alta do adolescente do Hospital de Dia.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I – Manual de Integração**

## MANUAL DE INTEGRAÇÃO



2010

**MORADA:**  
PAVILHÃO 34, PARQUE DE SAÚDE DE LISBOA, AV. DO BRASIL 53  
1749 – 002 LISBOA

**TELEFONES:** 217973526/217936428

**FAX:** 217930823

**EMAIL:** [CLINICA.JUVENTUDE@GMAIL.COM](mailto:CLINICA.JUVENTUDE@GMAIL.COM)

## Clínica da Juventude

### BREVE NOÇÃO HISTÓRICA

Em Fevereiro de 1974, foi criada a “Escola dos Cedros”, ao abrigo da Portaria n.º 726 de Dezembro de 1972, sob a direcção do Dr. Coimbra de Matos. A Escola dos Cedros começou a funcionar no pavilhão 25 do Hospital Júlio de Matos, com o objectivo inicial de recuperação de crianças e adolescentes com deficiência mental.

Em Agosto de 1987, passou a chamar-se Clínica da Juventude, pela diversidade e natureza da população que a Escola dos Cedros passou a abranger. Tendo o objectivo da especialização do atendimento a adolescentes com problemática psiquiátrica e do alargamento da intervenção a outras perturbações.

Em 1992, os Centros de Saúde Mental Infantil a Juvenil, foram extintos em todo o país e criados Departamentos de Saúde Mental ligados aos hospitais centrais dando-se a integração da Clínica da Juventude no Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia, (mantendo-se localizada no Pavilhão 34 do Parque da Saúde de Lisboa).

Em 2007, com a integração do Hospital D. Estefânia no Centro Hospitalar Lisboa Central E.P.E. , o Departamento passa a Área de Pedopsiquiatria onde, a Clínica da Juventude se insere.

A Clínica da Juventude recebe jovens com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos que pertençam ao distrito de Lisboa e concelhos limítrofes: Vila Franca de Xira (Alenquer, Benavente e Azambuja); Arruda dos Vinhos, Amadora, Loures (Apelação, Bobadela, Camarate, Moscavide, Portela, Prior Velho, Sacavém, São João da Talha, Unhos, Sta Iria da Azóia); mas também Portalegre, Évora e a região do Algarve.



CENTRO  
HOSPITALAR  
DE LISBOA  
CENTRAL



## Área de Pedopsiquiatria Clínica da Juventude

### CARACTERIZAÇÃO DA CLÍNICA DA JUVENTUDE

#### Estrutura Física

A Clínica da Juventude tem três pisos: cave, rés-do-chão e 1º andar:

##### 1-Cave

Bar/refeitório

Ginásio

Gabinete de Fotografia

Gabinetes de Consulta (2)

Casa-de-banho (1)

##### 2- Rés-do-chão

Gabinete Administrativo

Sala de Espera

Gabinetes de Consulta (7)

Gabinete de Enfermagem

Casa-de-banho (3)

Farmácia

##### 3-Primeiro Andar

Atelier/estufa

Gabinete de Enfermagem (1)

Sala de Reuniões, com biblioteca e sala de estar

Sala de Terapia Ocupacional

Sala Multiusos

Sala de Informática

Sala de Jogos (matraquilhos, ping-pong)

Casa-de-banho (2)



## Área de Pedopsiquiatria Clínica da Juventude

### Objectivos da Clínica da Juventude

- ✓ Proporcionar tratamento especializado a adolescentes e suas famílias
- ✓ Intervenção imediata em situações de risco
- ✓ Promoção da integração familiar, escolar e/ou socioprofissional dos utentes
- ✓ Estabelecer a interligação com estruturas comunitárias existentes, nomeadamente escolas, centros de formação profissional, instituições privadas e de solidariedade social, estruturas autárquicas e serviços judiciais
- ✓ Proporcionar a formação de profissionais de saúde (médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, etc.)
- ✓ Desenvolver a investigação na área de saúde mental e psiquiatria

### Áreas de Intervenção

- ✓ Apoio médico de pedopsiquiatria
- ✓ Apoio psicoterapêutico individual/grupal/familiar
- ✓ Apoio em terapia ocupacional individual e em grupo

A Clínica da Juventude dispõe para a sua actividade assistencial de Consulta Externa; esta tem uma consulta diferenciada e especializada em Perturbações do Comportamento Alimentar e de um Hospital de Dia.

### Critérios de atendimento do adolescente e família

A Clínica da Juventude destina-se a jovens dos 13 aos 18 anos, de ambos os sexos, com problemas psiquiátricos/ psicológicos.

É dado apoio especializado e multidisciplinar aos adolescentes e suas famílias que pertençam ao distrito de Lisboa e concelhos limítrofes: Vila Franca de Xira (Alenquer, Benavente e Azambuja); Arruda dos Vinhos, Amadora, Loures (Apelação, Bobadela, Camarate, Moscavide, Portela, Prior Velho, Sacavém, São João da Talha, Unhos, Sta Iria da Azóia); mas também dos distritos de Portalegre, Évora e região do Algarve.



## Área de Pedopsiquiatria

Clínica da Juventude

Os adolescentes podem ser referenciados para 1ª consulta à Clínica da Juventude pelo serviço de urgência e unidade de internamento de pedopsiquiatria do HDE, médico de família, escolas, outras equipas de pedopsiquiatria, outras instituições, pela família ou o contacto pode ser feito pelo adolescente.

A todos os doentes referenciados é feito um 1º atendimento ( com excepção aos utentes referenciados pela urgência hospitalar e aos adolescentes provenientes do Alentejo e Algarve). Após avaliação e discussão de cada caso, em reunião, é feita uma proposta terapêutica ou uma orientação.

Têm prioridade, os adolescentes, referenciados pela urgência do Hospital D. Estefânia e pelo Internamento de Pedopsiquiatria.

### Recursos Humanos

- 2 Pedopsiquiatras
- 1 Psicólogo (+ 1 psicóloga uma vez por semana )
- 1 Terapeuta Ocupacional
- 2 Enfermeiros (e um enfermeiro a meio tempo )
- 1 Assistente Técnica
- 2 Assistentes Operacionais

### Metodologia de trabalho

O modelo de Intervenção é multidisciplinar sendo utilizado os recursos proporcionados pelos diferentes profissionais de saúde.



## **I- CONSULTA EXTERNA**

A Consulta Externa é uma unidade especializada de saúde mental que presta cuidados assistenciais médicos, em ambulatório, para adolescentes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos que estejam a viver situações de sofrimento psíquico/emocional.

### **Motivos de consulta mais frequentes**

Os motivos, mais frequentes, que conduzem os adolescentes a estas consultas são: depressão; alterações de comportamento ; perturbações do comportamento alimentar , tentativas de suicídio; surtos psicóticos agudos; perturbações neuróticas, fobia escolar; recusa escolar; absentismo/não frequência escolar; isolamento social e dificuldade de aprendizagem.

### **Áreas de intervenção**

O trabalho actualmente desenvolvido pela equipa multidisciplinar, da Consulta Externa, fornece uma resposta complexa e plural às necessidades dos adolescentes.

A nossa intervenção inclui:

- Consulta Geral de Pedopsiquiatria
- Consulta de Perturbação do Comportamento Alimentar
- Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
- Consulta de Psicologia
- Intervenção familiar

### **Reuniões de Equipa:**

#### **Reuniões de Triagem**

As reuniões de triagem são realizadas, semanalmente, com a coordenação da Dra. Maria de Lurdes Candeias em equipa multidisciplinar.



CENTRO  
HOSPITALAR  
DE LISBOA  
CENTRAL



HOSPITAL  
D. ESTEFÂNIA

## Área de Pedopsiquiatria Clínica da Juventude

### **Reuniões da Equipa da Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar (semanal)**

Discussão de casos clínicos com patologia do comportamento alimentar, em seguimento pela equipa multidisciplinar.

### **Reunião Clínica Semanal**

São facultadas informações internas e administrativas do Hospital D. Estefânia, pela Chefe de Equipa. É exposto e discutido um caso clínico, entre os vários profissionais, visando clarificar o diagnóstico a reestruturar o plano terapêutico.

Por vezes, a apresentação do caso clínico é substituída por sessão de formação em serviço.

### **Reunião de Supervisão (Semanal)**

Com a coordenação da Dra. Maria de Lurdes Candeias, tem como objectivo a discussão dos casos, em seguimento e a formação dos a internos e estagiários da equipa.

## **2 - HOSPITAL DE DIA**

O Hospital de Dia é uma unidade funcional da Clínica da Juventude. É um serviço de tratamento especializado para adolescentes, que permite aos jovens com perturbações psiquiátricas/psicológicas beneficiarem de vários tipos de intervenção (promoção para a saúde e psicoeducação), mantendo a sua inserção na família e na comunidade. Representa um espaço assistencial intermédio entre o acompanhamento em ambulatório e o internamento a tempo completo.

A periodicidade e o tempo que o adolescente permanece no Hospital de Dia são adequados a cada caso .

### **Critérios de Admissão**

O acesso ao Hospital de Dia é efectuado mediante uma avaliação, dos adolescentes, enviados pela consulta externa da clínica da juventude, pelo serviço de urgência ou por serviços do CHLC ou de outros hospitais ou consultas.

Recebe ainda casos referenciados por outros serviços de saúde comunitários.

Recebe jovens com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos da área de influência da ARSLVT.

Têm prioridade os adolescentes referenciados pela Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria, do HDE, que após ultrapassada a fase aguda se possam deslocar à clínica, ou precisem de acompanhamento terapêutico desta unidade e também pela consulta externa da Área de Pedopsiquiatria

### **Objectivos**

#### **Objectivo Geral**

Disponibilizar ao adolescente um meio alternativo ao meio familiar, através de modelos de identificação, num ambiente estruturado e securizante.

#### **Objectivos Específicos**

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

### **Intervenções Terapêuticas**

No Hospital de Dia realizam-se intervenções terapêuticas individuais e em grupo, de acordo com a avaliação ou/e evolução da situação do adolescente.

### **Intervenções Psicoterapêuticas**

- ✓ Consulta Terapêutica
- ✓ Psicoterapia individual
- ✓ Terapia Familiar
- ✓ Terapia Ocupacional
- ✓ Psicoterapia de grupo ( para adolescentes e para pais )

### **Áreas Terapêuticas**

- ✓ Culinária
- ✓ Fotografia
- ✓ Expressão Plástica
- ✓ Actividades de Vida Diária
- ✓ Dramatização
- ✓ Expressão Corporal/Movimento
- ✓ Cineterapia
- ✓ Criatividade e Descoberta (costura, tecelagem, trabalhos manuais)
- ✓ Comunicação Visual
- ✓ Jardinagem
- ✓ Grupos Temáticos (jornal, musicoterapia, preparação das estações do ano, preparação de festas,..)



CENTRO  
HOSPITALAR  
DE LISBOA  
CENTRAL, S.P.A.



Área de Pedopsiquiatria  
Clínica da Juventude

### **Reunião do Hospital de Dia (semanal)**

Coordenador: Dr. António Coimbra de Matos.

Destina-se a planear e supervisionar as actividades desenvolvidas, bem como á revisão e reestruturação dos projectos terapêuticos.

São discutidos novos casos e os pedidos de admissão ao Hospital de Dia.

## PLANO DE INTEGRAÇÃO

O Estagiário deve:

✓ Tomar conhecimento das normas em vigor de Hospital D. Estefânia, junto das funcionárias de atendimento. Encontram-se disponíveis para consulta quatro dossiers que contêm informação sobre as Normas de Qualidade em vigor

✓ Conhecer todas as saídas de serviço, incluindo as de emergência

A saída do pavilhão 34 funciona, simultaneamente, como acesso dos utentes da Clínica da Juventude. A saída de emergência encontra-se na cave do edifício e está devidamente assinalada

✓ Saber a localização dos extintores (três no rés-do-chão, ao longo do corredor que dá acesso aos vários gabinetes médicos; dois no primeiro andar à entrada do atelier e um na cave)

✓ Saber a localização do cobertor corta-fogo (na case, na área terapêutica de culinária, que funciona como bar e refeitório)

✓ Conhecer organigrama da área de pedopsiquiatria (anexo 1)

✓ Conhecer organigrama da área da Clínica da Juventude (anexo 2)

✓ Conhecer o horário semanal da Clínica da Juventude (anexo 3)

✓ Conhecer impresso de registo de relato de incidentes (anexo 4)

✓ Conhecer impressos em vigor, e conhecer a forma de os utilizar

- ✓ Realizar registos sucintos de acordo com as normas de qualidade. É importante, após elaboração do registo, colocar o dia, a hora e a identificação do profissional que o efectuou
- ✓ Saber informar sobre a acessibilidade à Clínica da Juventude. Os acessos directos são: metropolitano (estação de Alvalade) e autocarros da Carris (750, 68, 83, 745, 7, 735)
- ✓ Utilizar sempre um cartão de identificação
- ✓ Participar nas reuniões de equipa. Caso não seja possível, o estagiário deve inteirar-se, posteriormente inteirar-se sobre as informações facultadas, internas e administrativas do Hospital D. Estefânia, assinar como tomou conhecimento das mesmas
- ✓ Tomar conhecimento do horário de funcionamento da Clínica da Juventude. Após o horário laboral encontra-se activo o serviço de voice-mail, que informa os utentes sobre o horário de funcionamento
- ✓ Saber que em situações de urgência hospitalar, ou de internamento serão atendidos no Hospital D. Estefânia todos os adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 15 e 364 dias. A partir dos 16 anos e até aos 18 o atendimento é feito na urgência do Hospital Curry Cabral.

**ANEXO II – Ficha de Primeiro Atendimento**



CENTRO  
HOSPITALAR  
DE LISBOA  
CENTRAL EPE

Hospital de Dona Estefânia  
Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência

EQUIPA .....

### FICHA DE 1.º ATENDIMENTO

DATA DO PEDIDO .....

N.º PROCESSO .....

SISTEMA DE SAÚDE:

N.º BENEF.:

### IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome .....

Data de nascimento      Dia      Mês      Ano      Idade .....      Sexo      F.      M.  
  -   -                      

Nacionalidade .....      Naturalidade .....

Morada de residência .....

..... C. Postal .....

Freguesia .....      Concelho .....      Distrito .....

Telefone .....      Contacto em caso de urgência .....

Jardim Infantil       Escola       Outros .....

Nome .....      Telefone .....

Ano de escolaridade .....      Ama/Educadora/Professora .....

Centro de saúde .....      Médico assistente .....

Quem enviou .....

N.º PROCESSO .....

**PAI**

Nome ..... Idade .....  
Nacionalidade ..... Naturalidade .....  
Estado civil ..... Escolaridade .....  
Profissão ..... Local de trabalho .....  
Morada ..... Telefone .....

**MÃE**

R.C.

Nome ..... Idade .....  
Nacionalidade ..... Naturalidade .....  
Estado civil ..... Escolaridade .....  
Profissão ..... Local de trabalho .....  
Morada ..... Telefone .....

**RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA (no caso de não serem os pais biológicos)**

Nome ..... Parentesco .....  
Idade ..... Estado civil .....  
Escolaridade ..... Profissão .....  
Local de trabalho ..... Telefone .....  
Detentor do poder paternal (mãe, pai, ambos, outro) .....

**MEIO FAMILIAR E SOCIAL**

Genograma

N.º PROCESSO .....

N.º de pessoas que compõem o agregado familiar .....

Contexto habitacional (Tipo de casa, n.º de divisões, condições sanitárias, etc.) .....

Rede de apoio social (Tipo de relação c/família alargada, amigos e vizinhança, instituições, etc.) .....

**Classificação social (segundo Graffar)**

Categoria Critério	1.º	2.º	3.º	4.º	5.º
Profissão					
Nível de instrução					
Fontes de rendimento					
Tipo de bairro					
Tipo de casa					

Total de pontos

**CARACTERIZAÇÃO DO PEDIDO**

Quem vem com a criança

Motivo da consulta

Queixas principais

N.º PROCESSO .....

**Início das Queixas/evolução**

**O que foi feito para o resolver**

**Expectativas em relação ao serviço**

**Disponibilidade da família**

**ANTECEDENTES PESSOAIS/FAMILIARES RELEVANTES**

N.º PROCESSO .....

**OBSERVAÇÃO DA CRIANÇA (RESUMO)**

**RELATÓRIOS E EXAMES APRESENTADOS/PEDIDOS**

**OBSERVAÇÕES**

ATENDIMENTO REALIZADO POR ..... DATA .....

N.º PROCESSO .....

**APRESENTAÇÃO EM REUNIÃO DE TRIAGEM**

DATA .....

Discussão/Listagem de Problemas

Orientação

Médico responsável .....

**ANEXO III – Questionário de Conners para professores/para pais**

**Questionário de Connors revisto (PARA PROFESSORES)**  
Adaptação



Nome da Criança: \_\_\_\_\_

Classe: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

1 - Nas suas próprias palavras, escreva brevemente o principal problema da criança. \_\_\_\_\_

**2 - Rendimento nas actividades escolares**

Actividade	Acima da média	Abaixo da média	Muito abaixo da média
Leitura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caligrafia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ditado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Descreva qualquer apoio especial que tenha na escola \_\_\_\_\_

**3 - Lista de comportamentos:**

Ponha uma cruz no quadrado que considerar mais correspondente ao comportamento da criança no presente momento (agradecemos que respondesse a todos os itens deste sector).

	0 Nunca	1 Raramente	2 Frequentemente	3 Excessivamente
1. Irrequieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Faz ruídos inadequados quando não devia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Exige atenção imediata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. "Arma-se em esperto"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Birras e comportamentos imprevisível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Reage mal à crítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dificuldades de concentração e da manutenção da atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Perturba as outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sonha acordado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Amua com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Alterações do humor rápidas e drásticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Conflituoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Atitude submissa relativamente à autoridade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Impaciente, sempre "pronto para andar"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Impulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Necessidade excessiva da atenção do professor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Parece não ser aceite pelo grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Parece ser facilmente "levado" pelas outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Não sabe perder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Falta de capacidade de Liderança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Incapaz de terminar o que começa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Infantil e imaturo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Nega os erros e culpa os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Dá-se mal com as outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Pouco colaborante com colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Facilmente frustrado nos esforços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Pouco cooperativo com o professor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Dificuldade em aprender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4 - Família:**

As outras crianças da mesma família que frequentam a sua escola apresentam problemas? Se sim, por favor descreva-os.

**5 - História anterior:**

Descreva o que sabe á cerca da adaptação à escola desta criança no passado. Os seus problemas actuais são novos?

Assinatura: \_\_\_\_\_

Escola: \_\_\_\_\_

# Questionário de Connors para Pais



Nome da Criança: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Nome do(a) Pai/Mãe: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Leia cada item cuidadosamente e decida quando é que pensa que o seu filho é afectado por estes problemas. Ponha uma cruz no quadrado que pensa corresponder ao comportamento do seu filho no presente momento

	Nunca	Raramente	Frequentemente	Excessivamente
1. Sempre a mexer com as mãos (mexe no cabelo, roupa, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mal educado com adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dificuldade em fazer e conservar amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Reage antes de pensar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quer comandar tudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Chupa ou rói (dedos, unhas, roupa, cobertores)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Chora com facilidade e frequentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Irritável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Parece que "anda na lua"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dificuldade a aprender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Irrequieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Medroso (de novas situações, novas pessoas, locais, ir para a escola)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Impaciente, sempre de pé e pronto para andar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Destroi tudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mentira ou conta histórias que não são verdadeiras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Timido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Arranja mais problemas do que os da mesma idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Fala diferentemente de outros da mesma idade (gaguez, fala de mimo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Nega erros e culpa os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Cria conflitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Faz beicinho e armaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Rouba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Desobedece ou obedece contrariado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Preocupa mais do que os outros (quando está só, ou doente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Incapaz de terminar as coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ofende-se com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ameaça ou outros (rufia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Incapaz de parar uma actividade repetitiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Cruel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Infantil ou imaturo (quer ajuda de que não deveria necessitar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Distrai-se com facilidade e não se concentra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Mudanças rápidas de humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Não gosta nem cumpre proibições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Luta constantemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Dá-se mal com irmãs e irmãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Desiste das tarefas à mínima dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Perturba as outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Criança infeliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Dificuldades com alimentação (pouco apetite, levanta-se entre colheradas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Dores de estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Dificuldades com o sono (custa a adormecer, acorda muito cedo, levanta-se de noite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Outras dores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Vômitos ou enjoos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Sentir-se posto de parte na família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Gabarolas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Deixa-se influenciar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Problemas intestinais (obstipação, diarreia frequente, hábitos irregulares)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ANEXO IV – CDI – Children’s Depression Inventory – M. Kovacs**

CDI: M. Kovacs, 1982.

**Instruções:** As crianças e os adolescentes têm diversas ideias e sentimentos. Este questionário assinala as ideias e os sentimentos em grupos. De cada grupo, escolhe uma frase que melhor te descreve durante as últimas duas semanas. Só depois de teres escolhido uma frase do primeiro grupo é que avanças para o grupo seguinte.

Não há respostas certas ou erradas, escolhe apenas a frase que melhor te descreve. Faz uma cruz (X) no quadrado que corresponde à frase que escolheste.

Tens em baixo um exemplo para aprender a preencher o questionário, coloca a cruz na frase que melhor te descreve.

- Exemplo:
- Estou sempre a ler livros
  - Leio livros de vez em quando
  - Nunca leio livros

Lembra-te, escolhe a frase que melhor descreve os teus sentimentos e ideias nas últimas duas semanas.

1.  Estou triste de vez em quando  
 Estou triste muitas vezes  
 Estou sempre triste
2.  Nada me vai correr bem  
 Não tenho a certeza se as coisas me vão correr bem  
 As coisas vão-me correr bem
3.  Faço a maior parte das coisas bem  
 Faço muitas coisas mal  
 Faço tudo mal
4.  Tenho alegria em muitas coisas  
 Tenho alegria em algumas coisas  
 Nada me dá alegria
5.  Sou sempre mau(má)  
 Sou mau(má) muitas vezes  
 Sou mau(má) de vez em quando
6.  Penso nas coisas más que me acontecem de vez em quando  
 Preocupo-me com as coisas más que me vão acontecer  
 Tenho a certeza que me vão suceder coisas más
7.  Odeio-me  
 Não gosto de mim  
 Gosto de mim

8.  Todas as coisas más acontecem por minha culpa  
 Muitas coisas más acontecem por minha culpa  
 As coisas más que acontecem não são habitualmente por minha culpa
9.  Não penso em me matar  
 Penso em me matar, mas não o faço  
 Quero-me matar
10.  Todos os dias tenho vontade de chorar  
 Muitos dias tenho vontade de chorar  
 De vez em quando tenho vontade de chorar
11.  Estou sempre preocupado(a)  
 Preocupo-me muitas vezes  
 De vez em quando preocupo-me
12.  Gosto de estar com pessoas  
 Algumas vezes não gosto de estar com pessoas  
 Nunca quero estar com pessoas
13.  Não consigo tomar decisões  
 É difícil tomar decisões  
 Tomo decisões facilmente
14.  Gosto do meu aspecto  
 Há coisas no meu aspecto de que não gosto  
 Eu sou feio(feia)
15.  Tenho sempre que fazer um grande esforço para fazer os trabalhos da escola  
 Muitas vezes tenho que fazer um esforço para fazer os trabalhos da escola  
 Fazer os trabalhos da escola não é um grande problema
16.  Custa-me a adormecer todas as noites  
 Muitas noites tenho dificuldade em adormecer  
 Durmo muito bem
17.  Sinto-me cansado(a) de vez em quando  
 Sinto-me cansado(a) muitas vezes  
 Sinto-me sempre cansado(a)
18.  Quase todos os dias tenho dificuldade em comer  
 Muitos dias tenho dificuldade em comer  
 Como muito bem

19.  Não me preocupo com dores  
 Preocupo-me muitas vezes com dores  
 Ando sempre preocupado(a) com dores
20.  Não me sinto só  
 Sinto-me só muitas vezes  
 Sinto-me sempre só
21.  Nunca me divirto na escola  
 Na escola divirto-me de vez em quando  
 Na escola divirto-me muitas vezes
22.  Tenho muitos amigos(amigas)  
 Tenho alguns(algumas) amigos(amigas) mas gostava de ter mais  
 Não tenho amigos(amigas)
23.  O meu aproveitamento escolar é bom  
 O meu aproveitamento escolar já foi melhor  
 Tenho mau aproveitamento escolar em disciplinas em que já fui bom(boa)
24.  Nunca consegui ser tão bom (boa) como os (as) outros (outras) meninos (meninas)  
 Se eu quiser, posso ser tão bom (boa) como os (as) outros (outras) meninos (meninas)  
 Sou tão bom (boa) como os (as) outros (outras) meninos (meninas)
25.  Ninguém gosta de mim  
 Não tenho a certeza de alguém gostar de mim  
 Tenho a certeza que há pessoas que gostam de mim
26.  Habitualmente faço o que me dizem  
 Na maioria das vezes não faço o que me dizem  
 Nunca faço o que me dizem
27.  Dou-me bem com os outros  
 Ando muitas vezes em brigas  
 Ando quase sempre em brigas

CDI - Children's Depression Inventory - Kovacs, M. 1992

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Processo: \_\_\_\_\_

**Humor Negativo**

**Item 1 - A**

- 0
- 1
- 2

**Item 6 - A**

- 0
- 1
- 2

**Item 8 - A**

- 2
- 1
- 0

**Item 10 - A**

- 2
- 1
- 0

**Item 11 - A**

- 2
- 1
- 0

**Item 13 - A**

- 2
- 1
- 0

**Problemas Interpessoais**

**Item 5 - B**

- 2
- 1
- 0

**Item 12 - B**

- 0
- 1
- 2

**Item 26 - B**

- 0
- 1
- 2

**Item 27 - B**

- 0
- 1
- 2

**Ineficácia**

**Item 3 - C**

- 0
- 1
- 2

**Item 15 - C**

- 2
- 1
- 0

**Item 23 - C**

- 0
- 1
- 2

**Item 24 - C**

- 2
- 1
- 0

---

A = T =

B = T =

C = T =

**Anedónia**

**Baixa Auto-Estima**

**Item 4 – D**

- 0
- 1
- 2

**Item 2 – E**

- 2
- 1
- 0

**Item 16 – D**

- 2
- 1
- 0

**Item 7 – E**

- 2
- 1
- 0

**Item 17 – D**

- 0
- 1
- 2

**Item 9 – E**

- 0
- 1
- 2

**Item 18 – D**

- 2
- 1
- 0

**Item 14 – E**

- 0
- 1
- 2

**Item 19 – D**

- 0
- 1
- 2

**Item 25 – E**

- 2
- 1
- 0

**Item 20 – D**

- 0
- 1
- 2

Anedónia

Baixa Auto-Estima

Item 21 – D

- 2
- 1
- 0

Item 22 – D

- 0
  - 1
  - 2
- 

D = T =

E = T =

Total CDI = A + B + C + D + E = T =

### Interpretação dos valores T da Tabela

- > 70 - muitíssimo acima da média
- 66 a 70 - muito acima da média
- 61 a 65 - acima da média
- 45 a 55 - média
- 40 a 44 - ligeiramente abaixo da média
- 35 a 39 - abaixo da média
- 30 a 34 - muito abaixo da média
- < 30 - muitíssimo abaixo da média

### Valor de Corte em termos absolutos:

17 no Brasil

19 na América do Norte

Kovacs' Children's Depression Inventory (CDI) Profile Form

Child's Name: \_\_\_\_\_

Child's Age: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

T	Total CDI Score				Negative Mood				Interpersonal Problems				Ineffectiveness				Anhedonia				Negative Self Esteem				T
	Boys 7-12	Girls 7-12	Boys 13-17	Girls 13-17	Boys 7-12	Girls 7-12	Boys 13-17	Girls 13-17	Boys 7-12	Girls 7-12	Boys 13-17	Girls 13-17	Boys 7-12	Girls 7-12	Boys 13-17	Girls 13-17	Boys 7-12	Girls 7-12	Boys 13-17	Girls 13-17	Boys 7-12	Girls 7-12	Boys 13-17	Girls 13-17	
100	40	44	50	41	12	12	12	12	8	8	8	8	15	15	15	15	10	10	10	10	10	10	10	10	
98	47	44	52	41	12	12	12	12	8	8	8	8	15	15	15	15	10	10	10	10	10	10	10	10	
96	40	43	51	40	11	11	11	11	7	7	7	7	14	14	14	14	9	9	9	9	9	9	9	9	
94	45	41	49	38	11	11	11	11	8	8	8	8	15	15	15	15	10	10	10	10	10	10	10	10	
92	42	39	46	36	10	10	10	10	7	7	7	7	14	14	14	14	9	9	9	9	9	9	9	9	
90	40	41	49	35	10	10	10	10	7	7	7	7	14	14	14	14	9	9	9	9	9	9	9	9	
88	37	34	41	34	9	9	9	9	6	6	6	6	13	13	13	13	8	8	8	8	8	8	8	8	
86	36	35	42	33	8	8	8	8	5	5	5	5	12	12	12	12	7	7	7	7	7	7	7	7	
84	34	31	37	29	7	7	7	7	4	4	4	4	11	11	11	11	6	6	6	6	6	6	6	6	
82	32	29	35	26	6	6	6	6	3	3	3	3	10	10	10	10	5	5	5	5	5	5	5	5	
80	30	28	33	24	5	5	5	5	2	2	2	2	9	9	9	9	4	4	4	4	4	4	4	4	
78	28	26	31	22	4	4	4	4	1	1	1	1	8	8	8	8	3	3	3	3	3	3	3	3	
76	27	25	30	21	3	3	3	3	1	1	1	1	7	7	7	7	2	2	2	2	2	2	2	2	
74	26	24	29	20	2	2	2	2	1	1	1	1	6	6	6	6	1	1	1	1	1	1	1	1	
72	25	23	28	19	1	1	1	1	0	0	0	0	5	5	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	
70	23	21	26	17	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	
68	22	20	24	16	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	
66	21	19	23	15	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	
64	20	18	22	14	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
62	19	17	21	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
60	18	16	20	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
58	17	15	19	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
56	16	14	17	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
54	14	12	15	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
52	13	11	14	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
50	11	9	11	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
48	10	8	10	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
46	8	7	9	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
44	6	5	6	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
42	5	4	5	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
40	4	3	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
38	3	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
36	2	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
34	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Multi-Health Systems, Inc. 908 Niagara Falls Blvd., West Seneca, NY 14224-2669, (800) 456-3000 (U.S.), 65 Ouellet Blvd., Suite 210, Toronto, Ontario, M4H 1P1, (800) 263-6211 (Canada).

Copyright © 1992 Multi-Health Systems, Inc. All rights reserved.

Figure 2.3. Sample CDI Profile Form

## **ANEXO V – Quem sou eu?**

## QUEM SOU EU??...

Sou... \_\_\_\_\_

Não Sou... \_\_\_\_\_

Acredito... \_\_\_\_\_

Não Acredito... \_\_\_\_\_

Adoro... \_\_\_\_\_

Detesto... \_\_\_\_\_

Não gosto de mostrar  
aos outros que... \_\_\_\_\_

Adorava que soubessem... \_\_\_\_\_

Se pudesse... \_\_\_\_\_

Desejaria... \_\_\_\_\_

Felizmente... \_\_\_\_\_

Infelizmente \_\_\_\_\_

Choro se... \_\_\_\_\_

Adoro rir se \_\_\_\_\_

Costumo gritar quando \_\_\_\_\_

Calo-me quando \_\_\_\_\_

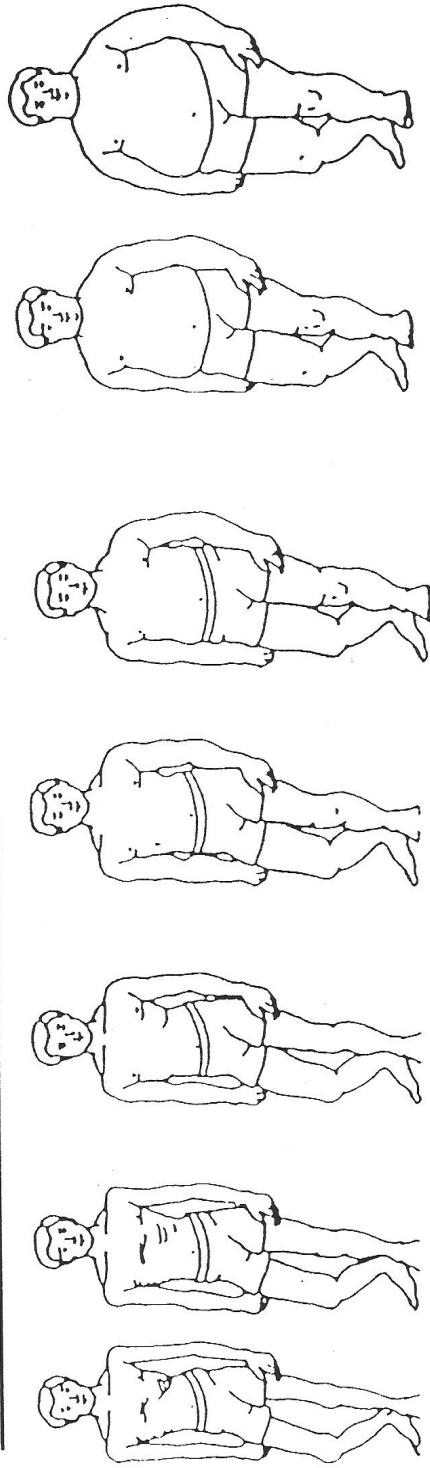
## **ANEXO VI – Escala Visual de Figuras**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Data : \_\_\_\_\_

Eu sou assim



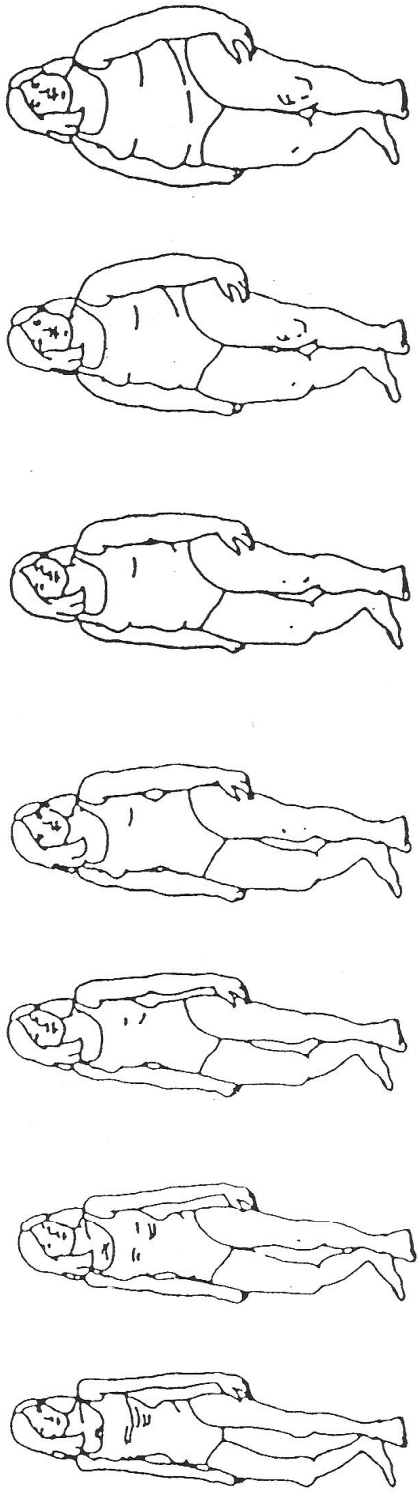
Eu gostava de ser assim

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Eu sou assim



Eu gostava de ser assim

**ANEXO VII – Questionário de Perturbações do Humor**

### Questionário de Perturbações do Humor (*Mood Disorder Questionnaire, MDQ*)

Instruções: Por favor, responda a cada pergunta da melhor forma que conseguir.

	Sim	Não
1. Viveu alguma vez algum período de tempo em que não tenha estado no seu estado habitual e...		
... se sentiu tão bem ou tão hiperactivo que outras pessoas pensaram que não estava no seu estado normal ou que estava tão hiperactivo que teria problemas?		
... estava tão irritável que gritava às pessoas ou envolveu-se em confrontos ou discussões?		
... se sentia muito mais seguro do que normalmente?		
... dormia muito menos do que o habitual e parecia-lhe que tal não era importante?		
... estava mais falador e falava muito mais rápido que o habitual?		
... os seus pensamentos encontravam-se mais rápidos na sua cabeça ou não conseguia parar a sua mente?		
... distraía-se facilmente com as coisas à sua volta ou teve problemas em se concentrar ou seguir uma linha de pensamento?		
... tinha muito mais energia que o habitual?		
... estava muito mais activo ou fazia muito mais coisas que o habitual?		
... era muito mais sociável ou extrovertido do que o habitual, por exemplo, ligava aos amigos a meio da noite?		
... tinha muito mais interesse do que o habitual por sexo?		
... fez coisas pouco usuais para si ou que outras pessoas poderiam pensar que eram excessivas, estúpidas ou arriscadas?		
... gastou dinheiro de forma a trazer-lhe problemas a si ou à sua família?		
2. Se respondeu SIM a mais de uma das questões anteriores, ocorreram várias destas durante o mesmo período?		
3. Alguma destas situações provocou-lhe problemas (Por favor assinale apenas uma resposta): no local de trabalho; com a família; de dinheiro ou legais; metendo-se em discussões e confrontos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Algum dos seus familiares (p.ex., filhos, irmãos, pais, avós, tios, tias) teve uma doença tipo Maníaco-Depressiva ou Perturbação Bipolar?		
5. Algum profissional de saúde alguma vez lhe disse que sofre de uma doença Maníaco-Depressiva ou Perturbação Bipolar?		

**ANEXO VIII – Protocolo de Internamento em Hospital de Dia**



CENTRO  
HOSPITALAR  
DE LISBOA  
CENTRAL, EPE

Área de Pedopsiquiatria  
Clínica da Juventude  
**Hospital de Dia**  
Coordenador do Hospital de Dia  
Dr. António Matos

### Protocolo de Internamento em Hospital de Dia

- **Admissão:**

- 1- Adesão ao projecto terapêutico, por parte do adolescente e da família.
- 2- O horário limite para entrar no H.D. são as 10h. Após esta hora, o almoço não poderá ser assegurado.
  - 2.1- Quando o/a adolescente não puder comparecer de modo previsível, deve informar o Serviço, com 24 horas de antecedência (Enf.<sup>a</sup> Paula Vaz / Enf.<sup>o</sup> João Marques).
- 3- É obrigatório a justificação das faltas.

- **Regras:**

1. Por ser um serviço de porta aberta, a equipa técnica do H.D não se responsabiliza por fugas dos adolescentes internados no H.D.
2. Não é permitido o uso de **telemóvel** durante as actividades terapêuticas.
3. Por se tratar de um Serviço Hospitalar, não é possível assumir a responsabilidade por objectos pessoais trazidos pelos adolescentes para o espaço do H.D.
4. Os pais devem participar em todas as reuniões para as quais sejam convocados pela equipa, podendo também solicitá-las sempre que necessitarem.
5. Sempre que necessário poderão ser realizadas análises ao sangue e à urina.
6. A equipa do H.D. contactará a escola ou outras instituições onde o adolescente se encontre integrado, procurando a sua colaboração no projecto terapêutico.

- **Alta:**

1. Concretização do projecto terapêutico;
2. A ausência por faltas injustificadas durante 1 mês leva à **alta** do Hospital de Dia.
3. Será dada alta após apreciação pela equipa de H.D. de situações em que se observem
  - 3.1. Comportamentos violentos para com os colegas ou profissionais;
  - 3.2. Incumprimento das regras ou indicações dos profissionais durante as actividades;
  - 3.3. Consumo de álcool, tabaco ou drogas nas instalações do H.D..

Lisboa, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Pais

Adolescente

O Coordenador do Hospital Dia

Dr. António Matos