



Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**Relatório de Estágio:
reconhecimento de competências**

Vera Lúcia Marques Mendes Lopes

Leiria, Maio de 2014



Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**Relatório de Estágio:
reconhecimento de competências**

Relatório de Estágio

Vera Lúcia Marques Mendes Lopes nº 5120332

Unidade Curricular: Relatório de Estágio

Orientador: Professor Doutor José Carlos Rodrigues Gomes

Leiria, Maio de 2014

O Júri

Presidente Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

As transformações mentais demoram e não são fáceis.

Demandam um esforço constante.

Dalai Lama

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor José Carlos Gomes pela sua disponibilidade, orientação, sentido pedagógico e persistência que demonstrou ao longo deste percurso.

Às minhas amigas e colegas do Mestrado, Carla Martins e Ana Querido pelo companheirismo e apoio incondicional ao longo deste percurso académico.

Às enfermeiras especialistas Raquel Marques e Sofia Silva pela partilha e pelo exemplo que demonstraram ser, ao longo dos momentos de aprendizagem.

À equipa de Enfermagem do Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar do Porto, pelo reconhecimento enquanto enfermeira, pelo apoio e carinho quando estava longe de casa.

À equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados na Comunidade de Ourém pela oportunidade e facilidade em desenvolver novos projetos.

À equipa de Enfermagem do serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospital Geral, em particular às minhas colegas de trabalho Karina Rocha e Ana Filipa Costa pela motivação e apoio nesta reta final.

À minha família por acreditar que eu seria capaz.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES - Agrupamento dos Centros de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS – Direção Geral de Saúde

EAIP – Escala de Avaliação da Implementação do Programa

EEESM - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

EESMP - Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria

EPDS – Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

ICN – Institute Council Nursing

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NIC – Nursing Interventions Classification

NOC – Nursing Outcomes Classification

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SIECE – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem

THS – Treino de Habilidades Sociais

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO – World Health Organization

RESUMO

A formação contínua dos Enfermeiros demonstra o seu impacto no crescimento da Enfermagem enquanto disciplina e profissão. A elaboração deste relatório de estágio, centrada no reconhecimento de competências - processo pelo qual o enfermeiro analisa as suas aprendizagens e competências para a valorização profissional - surge com o intuito de, através do desempenho, demonstrar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria.

A análise da prática clínica é fundamentada na assistência do enfermeiro especialista, de acordo com o alvo de intervenção, identificando as necessidades e delineando intervenções de forma a proporcionar respostas organizativas e inovadoras, e exercer cuidados diferenciados. A reflexão desta análise permitiu-nos encontrar e construir como enfermeiros especialistas.

No âmbito da Pedopsiquiatria, a necessidade de intervenção e formação de profissionais é notória. Adolescentes com défices no funcionamento social devido a um comportamento interativo comprometido, permitiu identificar um foco de atenção com relevância para a Enfermagem. Contribuiu-se para esta área específica, desenhando uma intervenção da esfera autónoma do enfermeiro especialista, segundo as premissas de uma intervenção efetiva - Treino de Habilidades Sociais -. Posteriormente, com recurso à metodologia de estudo de caso analisou-se o impacto da intervenção elaborada na prática especializada em contexto clínico.

Dos resultados deste impacto, observou-se uma melhoria nos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, o que reforça a implementação da intervenção o mais precoce possível. Contribuiu-se, para a evolução dos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental e para investigações futuras, deixando em aberto a implementação de uma intervenção com maior impacto.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde Mental; Adolescência; Comportamento social.

ABSTRACT

The ongoing training of nurses has a visible impact in the development of nursing as a field of study and as a profession. The preparation of this internship report, which was focused on the recognition of the skills (process in which the nurse analyse the acquired skills and leanings into his professional development), has the objective to show the development of common and specific skills of a nurse specialized in the field of mental health and psychiatry.

The analysis of the clinic practice is based on the assistance of the specialized nurse by taking into account the intervention target, by identifying the needs and planning the interventions to ensure organized and innovative responses and by providing specialized care. This analyse allowed us to become a specialist nurses.

The training of the professionals of the child psychiatry area is essential. Adolescents with low social skills due to a compromised interactive behaviour, allowed the identification of a relevant topic to the nursing area. We have designed a procedure within the field of operations of the specialized nurse taking into account an effective intervention (training of social skills). Subsequently, we have analysed the impact of the designed intervention into the specialized practice in a clinic context by using the case study methodology.

The results showed an improvement in the health of the patients, leading to the conclusion that the designed intervention should be applied at the earliest stage possible. So, this work helped improving the specialized nursing cares in the mental health area and opened the door for further research and a future implementation of an intervention with even higher impact.

Keywords: Nursing; Mental Health; Adolescence; Social behavior.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	16
1.1. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE OURÉM	18
1.2. DEPARTAMENTO DE PEDOPSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO. .	22
2. ANÁLISE CRÍTICA DE ATIVIDADES	25
2.1. PARENTALIDADE POSITIVA	31
2.2. <i>GOSTARZINHO</i> : O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PESSOAIS	34
2.3. PEDDY PAPER: IDENTIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA	36
2.4. PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA.....	38
2.5. PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NOS ADOLESCENTES	40
2.6. INTERVENÇÕES NO DEPARTAMENTO DE PEDOPSIQUIATRIA.....	42
2.7. PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO	47
2.8. CONSULTAS DE SAÚDE MENTAL.....	50
2.9. PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA PESSOA IDOSA	53
3. TREINO DE HABILIDADES SOCIAIS EM ADOLESCENTES COM ESQUIZOFRENIA - SOCIAL MENTE	56
3.1. CONSTRUÇÃO DA INTERVENÇÃO	60
3.1.1. Base teórica conceptual.....	61
3.1.2. Relação da intervenção com os resultados esperados	62
3.1.3. Adequação da intervenção às características dos clientes-alvo e ao contexto	65
3.1.4. Definição das características dos executores	67

3.1.5. Caracterização da intervenção	68
3.2. RESUMO DA INTERVENÇÃO.....	74
3.3. TREINO DA CAPACITAÇÃO SOCIAL EM CONTEXTO CLÍNICO – SOCIAL MENTE	75
3.4. ANÁLISE DA APLICAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	84
4. LIMITAÇÕES	90
5. CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93

ANEXOS

ANEXO I Sessão de prevenção do suicídio nos jovens: atividade de mitos e factos, cartaz e folheto informativo.

ANEXO II Plano da sessão “estados de espírito”

ANEXO III Plano da sessão “Os meus sentimentos”

ANEXO IV Plano da sessão “A amizade”

ANEXO V Plano da sessão “autoestima”

ANEXO VI Plano da sessão “Dinâmica do riso”

ANEXO VII Folhetos informativos: “Prevenção da depressão na gravidez” e “Depressão pós-parto”

ANEXO VIII Artigo científico para submeter à revista da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Desenvolvimento de competências parentais..... 33

GRÁFICO 2 – Resultados da atividade verdadeiros e falsos..... 37

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - Primeiras e seguintes consultas de enfermagem no NACJR.....	20
QUADRO 2 - Acompanhamento pelo NACJR	20
QUADRO 3 - Primeiras e seguintes consultas de enfermagem em Saúde Mental / Local de Intervenção.....	21
QUADRO 4 – Sessões do programa de parentalidade positiva.....	32
QUADRO 5 – Dinâmicas de grupo desenvolvidas no Departamento Pedopsiquiatria e os ganhos em saúde obtidos	44
QUADRO 6 – Parâmetros vitais antes e depois da intervenção.....	45
QUADRO 7 - Resultados de Programas/Intervenções de THS.....	64
QUADRO 8 – <i>Screening</i> de avaliação diagnóstica	66
QUADRO 9 – Avaliação diagnóstica e estratificação do diagnóstico	72
QUADRO 10 – Intervenções de enfermagem definidas para cada diagnóstico.....	73
QUADRO 11 – Sessões da intervenção	75
QUADRO 12 – Objetivos da intervenção	78
QUADRO 13 – <i>Check list</i> de avaliação.....	81

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – Relação entre a intervenção e os resultados esperados.....	65
FIGURA 2 – Desenho da intervenção.....	82
FIGURA 3 – Modelo de Reciprocidade Triádica (Del Prette & Del Prette, 2009).....	87

INTRODUÇÃO

A continuidade do desenvolvimento de competências na disciplina de Enfermagem revela-se fundamental, pelo acréscimo de conhecimento trazido à prática do cuidar e consequentemente pelo culminar da sua excelência. É com o desenvolvimento de competências, profissionais e humanas, que se adquire uma prática de cuidados mais segura, mais autónoma e de maior qualidade (OE, 2010).

O conceito de competência tem vindo a evoluir ao longo do tempo, e hoje assume-se “como um conjunto de saberes adquiridos, que suportam inferências, antecipações, generalizações, tomadas de decisão (Perrenoud, 2000 citado por OE, 2009, p. 11). Porém, a competência não se reduz a um só saber, nem a um saber fazer, mas no saber utiliza-la com eficácia e eficiência (Sousa, 2013). A sua aquisição está no ser capaz de transformar o conhecimento, e é a mobilização do mesmo, assim como capacidades e habilidades no contexto da prática clínica, que permite ao enfermeiro agir eficazmente numa determinada situação (OE, 2009; Sousa, 2013).

Em Enfermagem a existência de vários tipos de saberes “(...) mobilizam no enfermeiro competências cognitivas (raciocínio lógico, resolução de problemas); competências afetivas (a arte de cuidar); e competências estéticas e reflexivas (o conhecimento de si e a transferência para outras situações)” (Serrano, Costa & Costa, 2011, p. 16). Porém, no âmbito da Enfermagem especializada são reconhecidas competências clínicas aos enfermeiros, quando na prática estes mobilizam os vários tipos de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos, assim como quando demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (Regulamento n.º 129/2011). Com o objetivo de demonstrar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, este relatório de estágio insere-se no âmbito do 2º Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria.

Na arte do cuidar, na qual o enfermeiro estabelece interações com o outro, é construído conhecimento que sustenta o desenvolvimento de competências, quer do enfermeiro quer do doente (Sousa, 2013). Este relatório de estágio espelha este crescimento e

desenvolvimento mútuo. Como reger a prática clínica através de teorias e modelos é fundamental, visto serem instrumentos e a metodologia da profissão (George, 2000), salienta-se que a prática clínica especializada foi pautada pela Teoria Interpessoal de Hildegard Peplau.

O presente trabalho realizado sob a orientação do Professor Doutor José Carlos Gomes pretende:

- Refletir criticamente sobre a prática especializada desenvolvida;
- Demonstrar o contributo enquanto Enfermeira Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria para a inovação e desenvolvimento da prática de enfermagem de saúde mental;
- Contribuir para a prática baseada na evidência através da realização de um estudo de investigação em enfermagem.

Para a elaboração do mesmo, considera-se a prática desenvolvida no Ensino Clínico I – Enfermagem de Saúde Mental e no Ensino Clínico III – Opção, que decorreu desde o dia 6 de Março de 2013, com término no dia 24 de Maio de 2013, na Unidade de Cuidados na Comunidade de Ourém, e no Ensino Clínico II – Enfermagem Psiquiátrica, que decorreu desde o dia 27 de Maio de 2013, com término no dia 12 de Julho de 2013, no Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar do Porto.

Referenciais teóricos fundamentais para a prática especializada nortearam a elaboração deste trabalho, tais como: o Regulamento n.º 122/2011 e n.º 129/2011.

O desenvolvimento deste relatório de estágio encontra-se dividido em três partes. Na primeira, procede-se à caracterização do contexto da prática clínica especializada em Saúde Mental e Psiquiatria, elaborando a sua descrição. Na segunda, referenciam-se as competências desenvolvidas, demonstrando o contributo enquanto Enfermeira Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria. Na terceira parte apresenta-se a prática baseada na evidência, através do desenho de uma intervenção da esfera autónoma do enfermeiro especialista, segundo as premissas de uma intervenção efetiva – Treino de

Habilidades Sociais - e posteriormente analisa-se o impacto da intervenção elaborada durante a prática especializada em contexto clínico.

Em anexo, inclui-se um artigo para submeter à Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, a fim de eventual publicação. A sua pertinência reflete, por um lado, a identificação de uma necessidade na prática clínica especializada, em particular no âmbito da Pedopsiquiatria e a intervenção delineada para dar resposta à mesma. Por outro, o contributo para o progresso do conhecimento na área de saúde mental e psiquiatria.

*“Eu sou eu e a minha circunstância
E se não a salvo, não salvo a mim mesmo”*

Ortega y Gasset

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Neste capítulo procede-se à caracterização dos contextos da prática clínica especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, que deram lugar aos ensinamentos clínicos, onde foram desenvolvidas competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria (EEESMP).

Os cuidados de enfermagem “(...) são as intervenções autónomas e interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 15). Têm como objetivo ajudar a pessoa a manter, melhorar ou recuperar a saúde, de forma a atingir a sua capacidade funcional máxima, o mais rapidamente possível (OE, 2011a).

A enfermagem de saúde mental é uma área especializada que acresce a prática de enfermagem de cuidados gerais, na medida em que evidencia uma prática de maior profundidade, com um leque de conhecimentos maior, assim como uma complexidade de aptidões e intervenções com repercussões no aumento da autonomia (OE, 2011a).

O alvo de intervenção desta área de especialização é a pessoa ao longo do ciclo vital, cuja área de intervenção é dirigida para os “ (...) projetos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde/ doença mental com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (OE, 2009, p. 7).

Tendo em conta o alvo e a área de intervenção é necessário delimitar o campo de intervenção profissional do enfermeiro especialista. Assim opta-se por desenvolver o primeiro ensino clínico na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Ourém e o segundo no Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e da

Adolescência do Centro Hospitalar do Porto, com o objetivo de desenvolver aptidões para intervir de forma integrada na equipa de saúde, na prestação de cuidados de enfermagem especializados, utilizando a metodologia científica, em contexto comunitário, e ao indivíduo/família/comunidade em situação de doença, visando a satisfação e o bem-estar.

A escolha destes locais como campo de intervenção profissional do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria (EESMP) prende-se com as necessidades referenciadas na literatura e da importância do seu papel.

Em Portugal é urgente desenvolver serviços e programas no âmbito da prestação de cuidados especializados na infância e adolescência que permitam dar respostas de qualidade às necessidades de cuidados ao nível da prevenção e tratamento, com o objetivo de promover a saúde mental infantil e juvenil junto da comunidade e melhorar a prestação de cuidados (Ministério da Saúde, 2008).

Quer o número de profissionais de saúde com formação específica no âmbito da saúde mental infantil e juvenil (Direção Geral de Saúde, 1995 citado por Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007) quer o desenvolvimento de intervenções de promoção de saúde e prevenção revelam-se insuficientes (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007).

Sendo a adolescência um período em que determinados fatores aumentam a predisposição para a doença mental, tais como: a dificuldade de adaptação ao novo papel pelas mudanças psicológicas, familiares e sociais; a vulnerabilidade na gestão das pressões ambientais e a falta de resiliência na gestão do sofrimento (Marcelli & Braconnier, 2005), é uma mais-valia para os jovens com perturbações mentais serem cuidados por EESMP, visto este compreender os processos de sofrimento e perturbação mental assim como as implicações para o projeto de vida do adolescente (Regulamento n.º 129/2011), evitando que surjam sequelas, agravamento, complicações secundárias ou instalação de uma patologia crónica (Marcelli & Braconnier, 2005). O conhecimento sobre o desenvolvimento normal do adolescente capacita o EESMP a fazer a distinção entre o comportamento esperado para a idade e respostas desadaptadas (Stuart & Laraia, 2001), permitindo-lhe desenvolver intervenções terapêuticas eficazes na prevenção e tratamento da doença mental (Regulamento n.º 129/2011).

Em âmbito comunitário a atuação do EESMP torna-se fundamental nos três níveis de prevenção. Ao nível da prevenção primária demonstra-se útil no evitar em surgir doenças mentais através da promoção da saúde mental. Na prevenção secundária visa a identificação precoce de perturbações mentais e na implementação de tratamento o mais rapidamente possível, colmatando ou atenuando a perturbação. Finalmente, ao nível da prevenção terciária busca a redução da prevalência de incapacidades residuais causadas pelas doenças mentais crónicas favorecendo a máxima autonomia funcional dos doentes (Marcelli & Braconnier, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no Relatório Mundial de Saúde reforça esta última ideia mencionando que é fundamental nos países desenvolvidos desenvolverem-se serviços na comunidade e prestar cuidados individualizados na comunidade para doentes mentais graves (Ministério da Saúde, 2008). Com a manutenção destes doentes na comunidade sendo cuidados por EESMP, adotando uma perspetiva de co-participação no processo de reabilitação, responsabiliza-se o utente pelo seu processo de saúde contribuindo para a adequação das respostas do mesmo face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, etc.), evitando o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promovendo a recuperação e qualidade de vida de toda a família (Regulamento n.º 129/2011).

1.1. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE OURÉM

A UCC de Ourém pertence ao Agrupamento do Centro de Saúde (ACES) Médio Tejo. Esta unidade pretende dar resposta aos 34.349 utentes inscritos no Centro de Saúde de Ourém e extensões, e não inscritos, cuja área geográfica de atuação é de 345,21 Km².

A missão da UCC passa por contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que está integrada. Assim sendo, os objetivos da UCC são: prestar cuidados de forma personalizada, global e continuada no domicílio e comunidade; melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde; melhorar a qualidade dos cuidados a prestar aos

utentes; melhorar a satisfação dos profissionais; e melhorar a articulação das diversas instituições prestadoras de cuidados e parceiros na comunidade.

Os princípios orientadores da UCC assentam na cooperação, solidariedade e trabalho em equipa, autonomia assente na auto-organização funcional e técnica, articulação com outras unidades funcionais do ACES, parceria com estruturas da comunidade local, avaliação contínua e gestão participativa.

De forma a dar resposta à missão e aos objetivos da UCC utilizando os princípios orientadores, a prática desenvolvida por uma equipa multiprofissional revela-se fundamental. De entre vários profissionais de saúde, existe uma EEESMP responsável por inúmeros programas e projetos desenvolvidos pela mesma.

Quanto ao Programa de Saúde Escolar, este é coordenado pela Unidade de Saúde Pública e é um programa em que a UCC trabalha em parceria com a mesma. Com base no Plano de Ação de 2012 da UCC verifica-se que o contexto escolar é um local privilegiado para intervir simultaneamente sobre o indivíduo, o grupo e o ambiente investindo no processo de aquisição e manutenção de estilos de vida saudáveis. Lehtinen (2008) refere que é habitual a maioria das atividades promotoras de saúde mental, dirigidas à comunidade escolar, sejam desenvolvidas na escola. Posto isto, desenvolvem-se consultas de enfermagem de saúde mental no gabinete de apoio ao aluno, sessões de educação para a saúde nos vários ciclos de ensino sobre estilos de vida saudáveis, sexualidade e saúde mental.

Em 2007 após o despacho nº117, de 24 de Abril por parte do Sr. Ministro da Saúde criou-se o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), cuja finalidade é enquadrar os profissionais num modelo de funcionamento que permita aos serviços de saúde dar respostas mais adequadas ao problema dos maus tratos em crianças e jovens. Neste projeto são acompanhadas crianças de risco através das visitas domiciliárias e reuniões com equipas de apoio para a discussão dos casos.

QUADRO1 - Primeiras e seguintes consultas de enfermagem no NACJR

Sexo		Primeiras Consultas								Seguintes								
M	F	28d- 11M	12M-23M	24 M- 4 A	5 – 6 A	7 – 14 A	15 – 18 A	Família / Substitutos	Total	28d- 11M	12M-23M	24 M- 4 A	5 – 6 A	7 – 14 A	15 – 18 A	Família / Substitutos	Total	Total Geral
29	31	2	2	0	2	7	1	10	24	1	4	15	3	16	7	11	57	81

Observa-se no quadro 1 que no ano de 2013 foram sinalizados 14 novos casos para o NACJR, tendo-se realizado 81 consultas de enfermagem.

QUADRO 2 - Acompanhamento pelo NACJR

Acompanhamento pelo NACJR								
Acompanhamento Equipa Saúde	Contacto Parceiro	Atendimento C.S	Atendimento Escola	Domicílio	Contacto Telef.	Contacto Equipa de Saúde	Sinalização CPCJ	Alta
26	12	12	52	11	13	5	12	6

Salienta-se que dos 60 casos seguidos, 6 tiveram alta e 12 foram encaminhados para a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), no entanto, estes últimos continuam a ter intervenção do Núcleo. Através dos dados descritos é possível aferir a efetividade da intervenção da EESMP.

Desde 2008 que é desenvolvido o projeto da Equipa de Cuidados Continuados Integrados, que pretende assegurar a prestação de cuidados continuados integrados (saúde e social) no domicílio do utente, e neste âmbito a EEESMP presta a sua colaboração. Segundo o artigo 31º do DL n.º 101/2006, o acesso à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) destina-se a doentes em situações de incapacidade grave, com forte impacto psicossocial, entre outros. Assim e segundo o

Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 no que diz respeito à reabilitação psicossocial e desinstitucionalização dos doentes mentais graves, a RNCCI permite dar respostas às necessidades de cuidados no âmbito da saúde mental.

Segundo o Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007) é feita uma chamada de atenção para a necessidade de intervir na área da prevenção e promoção, com o objetivo de reduzir os fatores de risco e promover os fatores de proteção, diminuir a incidência e a prevalência das doenças mentais e, não menos importante, minimizar o impacto da doença nas pessoas, nas famílias e nas sociedades. Neste sentido, foi desenvolvido o projeto de promoção de saúde mental em 2011, no qual são desenvolvidas consultas de enfermagem de saúde mental em locais diversos de intervenção como se constata no quadro 3.

QUADRO 3 - Primeiras e seguintes consultas de enfermagem em Saúde Mental / Local de Intervenção

	Sexo		16-44 A	45-64 A	> 65 A	Total	Consultas		Local das Intervenções						
	M	F					Primeira	Seguintes	Centro Saúde	Domicílio	Escola	Contacto Telef.	Contacto Equipa Saúde	Contacto Parceiros	Alta
Total	10	40	18	25	7	50	34	16	58	145	1	7	7	20	5

Pelo quadro 3 constata-se que na área da Promoção da saúde mental foram atendidas 50 utentes, com 238 intervenções. Verifica-se que são as mulheres quem mais recorrem a esta consulta e maioritariamente na vida ativa (45-64 anos).

Finalmente, a EESMP sendo um dos elementos responsável pelo Programa de Melhoria Contínua, contribui para a prestação de cuidados com qualidade através do seu trabalho de investigação desenvolvido no âmbito do mestrado. Este trabalho permitiu verificar o impacto das técnicas físicas de relaxamento no *stress*, na depressão e na ansiedade dos estudantes submetidos a exames nacionais aos alunos do 11º e 12º ano. Obtiveram-se ganhos em saúde que fundamentaram a integração deste trabalho no âmbito dos Programas de Melhoria Contínua, e foi alargado ao Projeto de Promoção de Saúde Mental, estando a ser implementado no Agrupamento de Escolas Ourém desde 2010.

A filosofia do cuidar assenta nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e no Código Deontológico do Enfermeiro. A prestação dos cuidados de enfermagem desenvolve-se segundo o processo de enfermagem, sendo documentada com a utilização de uma linguagem classificada – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

No que diz respeito ao Programa de Desenvolvimento Profissional e Formação Contínua este é da responsabilidade da Enfermeira Chefe, em parceria com a EESMP. É referido no plano de ação da Unidade que a formação contínua na vertente de serviço assume cada vez mais um papel importante na mudança organizacional. Os temas propostos para o Programa de Formação resultam do levantamento efetuado aos profissionais e das necessidades da equipa de forma a possibilitar o aumento de competências.

1.2. DEPARTAMENTO DE PEDOPSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

O internamento do Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar do Porto existe desde 1974, sofrendo várias reestruturações ao longo dos anos. No início funcionava de forma independente no Hospital Magalhães Lemos, depois integrou no Hospital Maria Pia e em 2007 passou a integrar o Centro Hospital do Porto.

Esta unidade interna adolescentes com idade entre os 12 e os 17 anos e, ocasionalmente são internadas crianças com idade inferior a 12 anos. A lotação é de 12 camas, distribuídas por quartos triplos, duplos e individuais.

No que diz respeito aos diagnósticos médicos mais comuns podem referir-se os seguintes: tentativa de suicídio, perturbações do comportamento alimentar (anorexia e bulimia), psicoses e depressões.

O objetivo fundamental dos cuidados prende-se com o apoio psicossocial e psiquiátrico a crianças e suas famílias, que vivenciam uma doença aguda ou que se confrontam com os problemas de uma doença crónica.

No departamento de pedopsiquiatria para além do internamento existem outros setores: setor de ambulatório (consultas externas), serviço de urgência (com presença física das 8 às 20 horas, em regime de prevenção das 20 às 24 horas e após as 24 horas o médico de urgência do Hospital Magalhães Lemos assegura este serviço) e hospital de dia (com prestação de cuidados a crianças com perturbações mentais da 1ª infância).

De forma a demonstrar os serviços prestados verifica-se que em 2012 foram internados 123 adolescentes, realizaram-se 19160 consultas e registaram-se 1597 episódios de urgência.

A prática de cuidados de enfermagem pauta-se pela dimensão humana e competência técnica alicerçada em suporte científico. A prestação de cuidados tem como quadro de referências as orientações emanadas pela OE, nomeadamente o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EEESM) e dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. O Processo de Enfermagem é a metodologia de trabalho e utilizam a linguagem CIPE para documentar os cuidados de enfermagem.

Relativamente aos diagnósticos de enfermagem mais comuns verificam-se os seguintes:

- ✓ Alterações do padrão do sono;
- ✓ Alterações da percepção;
- ✓ Alterações do pensamento;
- ✓ Alterações da imagem corporal;
- ✓ Autoestima diminuída;
- ✓ Papel parental comprometido;
- ✓ Dificuldades de autonomização.

O Sistema de avaliação da qualidade utilizado no Hospital é efetuado através do Departamento de Qualidade, sendo o Enfermeiro-Chefe um dos interlocutores locais. Contudo, no que à prestação de cuidados de enfermagem diz respeito, a avaliação formal é efetuada pela avaliação de desempenho prevista na legislação e através de

indicadores clínicos. Porém mensalmente realiza-se uma reunião com todos os enfermeiros para reflexão da prática clínica, no sentido de avaliar os cuidados assistenciais e promover a sua melhoria.

No serviço a formação é coordenada pelo Enfermeiro-Chefe e por uma das EESMP. A realização da mesma faz-se de acordo com as necessidades sentidas pela equipa de enfermagem.

Para o desenvolvimento de projetos/ grupos de trabalho é o Enfermeiro-Chefe quem coordena a integração dos enfermeiros nos mesmos, dando a oportunidade a todos na sua participação.

No âmbito da reabilitação psicossocial, é desenvolvido o Programa pós-alta do primeiro surto psicótico, na medida em que um enfermeiro fica responsável por acompanhar um adolescente com periodicidade, com o objetivo de apoiar a família no acolhimento do seu filho com uma doença mental grave no domicílio, apoiar na gestão do regime terapêutico, e avaliar a adaptação social do adolescente no meio que o rodeia.

Entre Outubro de 2012 e Outubro de 2013, foram internados 22 adolescentes com diagnóstico médico de surto psicótico. Desses, 10 foram incluídos no programa e só 1 foi re-internado nesse ano (10%), verifica-se assim o impacto deste programa na integração social destes jovens.

Segundo Marques, Torrado, Natário & Proença (s.d.) a pedopsiquiatria é uma especialidade médica que assegura a prestação de cuidados e intervenções diferenciadas na área da saúde mental à população em idade pediátrica (dos zero aos 18 anos). Assim o seu campo de intervenção deve abranger um largo número de atividades.

No departamento de pedopsiquiatria existem inúmeros projetos e intervenções que reforçam esta ideia. Estes são desenvolvidos por toda a equipa multiprofissional, que muito resumidamente são: o grupo de pais, desenvolvido pelo Enfermeiro-Chefe em parceria com a Psicóloga; o grupo da culinária e a terapia do espelho, desenvolvidos por EESMP; o *atelier* de pintura; a reunião comunitária, e o psicodrama.

“Nas minhas relações com as pessoas descobri que não ajuda, a longo prazo, agir como se eu fosse alguma coisa que não sou.”

Carl Rogers

2. ANÁLISE CRÍTICA DE ATIVIDADES

Neste capítulo pretende-se realizar uma análise crítica das atividades desenvolvidas durante a prática clínica especializada. Para isso utiliza-se como recurso a reflexão sobre a prática clínica assente no conceito de reconhecimento de competências definido pela OE (2010a). “Não é a prática que ensina... é a reflexão sobre a prática que nos ensina” (Zheichnner, 1993).

Não podemos falar de desenvolvimento pessoal e profissional sem falar de competência, e “falar de competência é também abordar as questões relacionadas com a sua face visível – o desempenho” (Soares, 2013, p. 1).

Através de uma faceta pessoal realiza-se uma análise, elaborada pela própria pessoa sobre as suas aprendizagens e competências adquiridas de acordo com os seus objetivos pessoais e profissionais com vista à sua valorização. Este trabalho pessoal de identificação de saberes decorre de um processo metacognitivo, em que através de saberes já detidos constrói-se um novo saber (OE, 2010a).

A reflexão pessoal sobre o desempenho tido na prática clínica pretende demonstrar como foi possível desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EESMP. O Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) revela-se uma estratégia fundamental para esta reflexão na medida em que fundamenta a necessidade de disponibilizar cuidados diferenciados de qualidade, centrados nas necessidades da pessoa/ família e prestados por enfermeiros especialistas certificados (OE, 2009).

A abordagem das competências centra-se nos cinco domínios de competências definidos pelo SIECE: 4 domínios de competências comuns – Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, Melhoria Contínua da Qualidade, Gestão dos Cuidados e

Desenvolvimentos das aprendizagens profissionais; e o domínio de competências específicas: Prestação de Cuidados Especializados (OE, 2009).

Far-se-á uma análise crítica das atividades desenvolvidas na área da especialidade em ensino clínico, sem fragmentar as competências desenvolvidas, uma vez que “para um mesmo desempenho, várias competências podem ser mobilizadas ainda que o desempenho observado numa determinada situação não expresse a totalidade das competências” (OE, 2010a, p. 31).

O fundamento dos cuidados de enfermagem encontra-se na relação que o enfermeiro estabelece com a pessoa doente e especificamente o EESMP consegue mobilizar-se a si mesmo enquanto instrumento terapêutico, favorecendo o desenvolvimento de relações de confiança na sua prática clínica (OE, 2011a). Neste sentido, a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau merece uma atenção especial, visto ter conduzido o desenvolvimento da prática clínica especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Peplau define enfermagem como um processo interpessoal (Stuart & Laraia, 2001), no qual se centra a relação enfermeiro e doente, levando a uma mudança de paradigma na natureza desta relação. Assim o doente passou a ser parceiro no processo de enfermagem (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005).

Na sua teoria, Peplau diz-nos que as relações interpessoais que se desenvolvem durante a prestação de cuidados de enfermagem são experiências de aprendizagem que contribuem para o desenvolvimento e crescimento quer da enfermeira quer do doente. Esta considera que os elementos fundamentais da prática de enfermagem são: a enfermeira, o doente e os acontecimentos que surgem durante o cuidado. No fundo, Peplau quis profissionalizar aquilo o que a enfermagem faz, por vezes, de forma intuitiva (Almeida et al., 2005).

No que diz respeito às intervenções ao nível profissional, estas resultam da consolidação dos conceitos que advém das Teorias e Modelos de Enfermagem e da reflexão da prática (Soares, 2013). Após a identificação da Teoria que fundamenta a prática clínica é fundamental fazer uma reflexão sobre a mesma.

Iniciar esta reflexão pela análise do autoconhecimento pessoal e profissional detido durante a prática clínica especializada torna-se indispensável. Os cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiatria assentam na relação interpessoal, na qual o enfermeiro utiliza as suas características pessoais e as técnicas clínicas para ajudar a pessoa a obter insight e mudança comportamental (Stuart & Laraia, 2001).

Na relação terapêutica é crucial a autoconsciência que o enfermeiro tem de si mesmo quer enquanto pessoa quer enquanto profissional. Para que esta autoconsciência aumente, é necessário que o enfermeiro se escute a si mesmo, para que consiga sentir emoções genuínas, e identificar e aceitar as necessidades pessoais. No fundo é explorar os próprios sentimentos, emoções e impulsos (Stuart & Laraia, 2001).

A consciência dos sentimentos vivenciados durante a prática clínica no aqui - e - agora permitiu que os impasses terapêuticos não surgissem na relação terapêutica. É verdade que “não se pode escolher as emoções (...). Pode-se é geri-las adotando formas de comportamento entretanto aprendidas e civilizadas” (Goleman, 1995 citado por Soares, 2008, p. 13). Esta capacidade de controlar as emoções em qualquer momento é fundamental para a introspeção psicológica e autoconhecimento.

Particularmente na enfermagem de saúde mental e psiquiatria denota-se a importância da gestão das emoções. Durante a relação terapêutica surgiram espaços em que foi necessário promover a expressão de sentimentos do outro, e nestas situações um sentimento de mal-estar emergiu. Para Duarte & Duarte (1999) este acontecimento está provavelmente relacionado com o facto de nós sentirmos também um mal-estar em relação às nossas próprias emoções. Desta forma quanto mais nos conhecermos a todos os níveis - emocionais, pessoais e sociais - mais autênticos e congruentes somos no estabelecimento da relação terapêutica, ou seja “aquilo que transmito está de acordo com aquilo que penso ou sinto. Ser o que se é proporciona aos outros confiança” (Duarte & Duarte, 1999, p. 13). Durante o processo terapêutico foi necessário o enfermeiro dar-se conta de si de forma integrativa, no sentido de melhorar a relação terapêutica (OE, 2009).

Esta autenticidade por parte do enfermeiro permitiu atingir um equilíbrio relacional e empático para que o utente pudesse crescer dentro das suas possibilidades e adquirir autonomia (Apóstolo, 1999).

A consciência dos sentimentos vivenciados permitiu ainda o autoconhecimento enquanto pessoa e profissional, e ajudou na separação destes dois papéis. O reconhecimento das diferenças de características em termos profissionais e pessoais permitiu saber lidar e mediar esta diferença no sentido de não comprometer a relação terapêutica estabelecida com os utentes.

Para construir e desenvolver o papel de EESMP tomou-se como referência, na prática clínica, os seguintes referenciais da profissão: o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e o SIECE. Para além desta referência teórica a relação supervisiva estabelecida com as enfermeiras tutoras também contribuíram neste processo. “É necessário que o supervisor seja capaz de favorecer o estabelecimento de uma relação interpessoal, numa atmosfera afetivo-relacional positiva (...) favorecedora de aprendizagem e desenvolvimento (Alarcão, 1987 citado por OE, 2010a, p. 7).

Com a reflexão e discussão das experiências vivenciadas e dos cuidados de enfermagem prestados durante a prática clínica construiu-se uma compreensão dos fenómenos, aprofundaram-se experiências, atribui-se sentido à aparente confusão e analisaram-se as intenções que estavam assentes nas intervenções (Hadfiel, 2000 citado por OE, 2010a). Esta forma de estar durante a prática clínica deu sentido ao quadro de referência da profissão, promovendo a consciência, a autoestima e a autonomia enquanto EESMP (Berggren & Severinsson, 2002 citado por OE, 2010a).

O desenvolvimento do papel enquanto especialista também se tornou visível quando através das competências específicas do enfermeiro especialista foi possível desenvolver as habilidades e competências de outros enfermeiros. Os momentos de formação em serviço foram ricos neste sentido, uma vez que as necessidades formativas foram do âmbito do autoconhecimento através da análise transacional e do processo de comunicação não-verbal durante a prática clínica especializada. A oportunidade destes momentos permitiram evidenciar o papel de especialista e perito na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Um dos domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais é o desenvolvimento profissional, que pode ser conseguido através da formação contínua (Conselho de Enfermagem, 2004). Porém cabe ao EESMP deter o conhecimento que a

comunicação é relevante na prática de enfermagem psiquiátrica. É através da mesma que é possível influenciar o comportamento dos outros, promovendo assim uma mudança de comportamento adaptativo (Stuart & Laraia, 2001).

Na prestação e gestão dos cuidados em enfermagem a comunicação e as relações interpessoais são dois elementos essenciais (Conselho de Enfermagem, 2004). E para adquirir cuidados de enfermagem de excelência é necessário que os enfermeiros tenham este aspeto em consideração. Neste sentido a análise transacional é um instrumento de conhecimento que melhor permite compreender a estrutura pessoal de cada um e identificar as várias dificuldades que surgem no processo da relação interpessoal (Fachada, 2010). Assim ao consciencializar os enfermeiros deste utensílio de autoconhecimento permitiu tornar as comunicações interpessoais mais eficazes, harmoniosas e produtivas.

Na prática clínica especializada e sobretudo quando esta se dirige a pessoas com perturbações mentais é de extrema pertinência tornar os enfermeiros conscientes da sua comunicação não-verbal ao longo da relação terapêutica. Esta oferece um significado muito mais profundo e verdadeiro do processo comunicacional (Fachada, 2010). Se considerarmos que “todo comportamento é comunicação e a toda a comunicação afeta o comportamento” (Stuart & Laraia, 2001, p. 57) então é essencial durante o processo comunicacional desenvolvido na prestação de cuidados serem conscientes da forma como se comportam.

A consciencialização do autoconhecimento profissional é acompanhada de um desenvolvimento pessoal, o que apela à sua reflexão. A interação estabelecida com os outros, doentes e equipa multidisciplinar, fez-nos pensar: “E nós como é que somos?” “Como é que nos sentimos nesta situação?” “Se fossemos nós agiríamos da mesma forma?” “O que mudou em nós?”. Verifica-se que o conhecimento sobre si mesmo não é possível no isolamento, mas sim nos relacionamentos com os outros (Stuart & Laraia, 2001).

A enfermagem envolve perceber, sentir e pensar (Stuart & Laraia, 2001), e ao longo da relação terapêutica estabelecida com o outro, foram muitas as vezes, em que se parou para pensar nos ganhos obtidos ao nível do desenvolvimento pessoal. Foi esta

meditação tranquila que levou ao crescimento pessoal (Stuart & Laraia, 2001), assim sendo, neste momento, importa perceber o que mudou ao longo deste percurso.

Pensamos que nos tornámos mais resilientes, e hoje lidamos de forma mais efetiva com os acontecimentos stressantes, procurando utilizar os mecanismos de *coping* mais adequados. Consequentemente surge o aumento de conhecimento sobre as emoções, o que nos torna mais sensíveis aos elementos externos que afetam as mesmas (Stuart & Laraia, 2001).

Houve uma mudança na filosofia pessoal de vida, na medida em que nos sentimos responsáveis para com os outros e por nós próprios, uma vez que nas interações interpessoais ocorreu um crescimento mútuo. Destas retirámos relações que nos permitiram analisar o comportamento e aceitar as próprias limitações, alterando assim os comportamentos que as mantinham. A reflexão abrangente do desenvolvimento pessoal e profissional permitiu construir-nos conscientemente.

Competência D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Competência F1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

Após esta análise enquanto pessoa e profissional, olhemos agora para o outro e percebamos quais as vivências no seu processo de saúde/ doença mental demonstrando de que forma é que os cuidados desenvolvidos foram diferenciados e centrados nas necessidades assim como quais os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem obtidos com cada intervenção desenvolvida.

Como já referido anteriormente o alvo de intervenção do EESMP é a pessoa ao longo do ciclo vital, assim far-se-á uma análise das intervenções desenvolvidas na prática clínica por esta ordem de ideias. Mas ainda antes de fazer esta análise, pretende-se salientar o conceito de saúde mental que para Lehtinen (2008) é um recurso individual que contribui para as diferentes capacidades e competências das pessoas. Para além de recurso é também entendido como um processo contínuo e por isso está presente ao longo do ciclo vital. É fundamental que o EESMP conheça que o ciclo vital é

constituído por uma sequência de diferentes fases em que a anterior influencia a seguinte (Lehtinen, 2008). Desta forma os processos de vida da pessoa podem alterar num dado momento requerendo uma intervenção especializada e diferenciada que lhe dê resposta.

Competência F2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.

2.1. PARENTALIDADE POSITIVA

Os primeiros anos de vida são determinantes para a saúde mental, promover a saúde mental das crianças é investir no futuro (Comissão das Comunidades Europeias, 2005). A base da saúde mental do adulto é construída na infância e este é o período mais benéfico para desenvolver atividades de promoção da saúde mental efetivas. Visto o ambiente familiar ser o ambiente natural onde a criança vive e os pais serem os cuidadores mais importantes, é necessário desenvolver atividades dirigidas a toda a família (Lehtinen, 2008).

No âmbito da saúde infantil, o papel da equipa de enfermagem é crucial na educação e aconselhamento dos pais (OE, 2010b). Fomentar as competências parentais contribui para melhorar o desenvolvimento infantil (Comissão das Comunidades Europeias, 2005), cujos elementos chave são a vinculação precoce pais-filhos, assim como uma “parentalidade suficientemente boa” (Lehtinen, 2008, p. 23).

No sentido de desenvolver uma intervenção precoce dirigida aos pais capacitando-os para promover a saúde mental das crianças criou-se um programa no âmbito da parentalidade positiva. As medidas de apoio às competências parentais tiveram como cerne da atuação os pais (Abreu-Lima, Alarcão, Almeda, Brandão, Cruz, Gaspar & Ribeiro dos Santos, 2010).

Ao nível dos cuidados de saúde primários, em parceria com a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação da UCC de Ourém foi possível aplicar o programa às mães que integravam o programa de recuperação pós-parto “Sarilho de Fraldas”. Assim

elaborou-se uma intervenção em grupo estruturada em seis sessões como se pode observar no quadro 4, durante 6 semanas, uma vez por semana com duração de 50 minutos.

QUADRO 4 – Sessões do programa de parentalidade positiva

Sessão	Tema
1	Conhecer as expectativas do outro
2	Desenvolvimento infantil
3	Autoconhecimento e estilos parentais
4	Interação pais-criança e processo de socialização
5	Promover a autoestima da criança
6	A importância do brincar

O grupo era aberto e iniciou-se com 4 participantes que foram as mães que participaram de forma sistemática neste programa. Como critérios de inclusão considerou-se que apenas poderiam ser incluídas mães de crianças sem diagnóstico de perturbação de desenvolvimento com idade entre os 0 e os 3 anos.

O principal objetivo deste programa foi capacitar as mães para a promoção da saúde mental infantil, sendo que os objetivos específicos foram:

- ✓ Consciencializar as mães sobre as competências parentais;
- ✓ Promover o desenvolvimento psicossocial da criança;
- ✓ Alertar os pais da importância da interação pais-filho;
- ✓ Fortalecer a relação pais-filho.

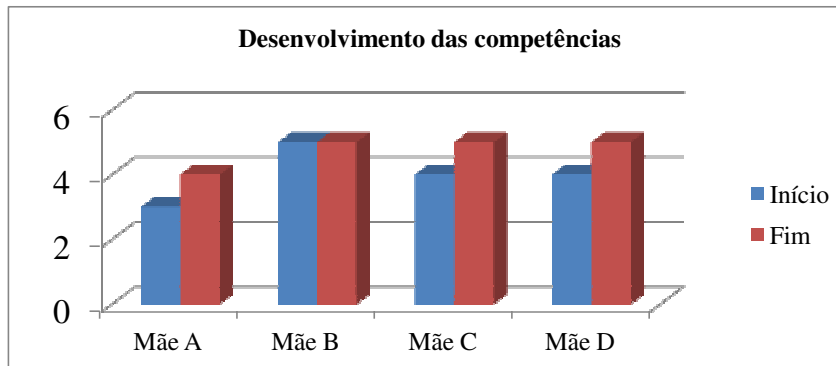
Quanto aos temas abordados nas sessões, estes não foram previamente planeados ao início do grupo. Alguns temas já estavam pensados e outros foram planeados deixando-se espaço para responder às reais necessidades das participantes do grupo.

Na primeira sessão – Conhecer as expectativas do outro - foi possível identificar o diagnóstico de enfermagem inicial: Défice de conhecimento sobre papel parental, através das dúvidas expressadas relativamente ao crescimento e desenvolvimento ótimo dos seus filhos.

Ao desenvolver este programa surgiu a dificuldade em encontrar escalas validadas para a população portuguesa. Não foi possível aplicar a Escala de Sentido de Competência Parental que permite medir o sentimento de eficácia parental, através de um questionário de autopreenchimento, que integra uma escala de *Likert* composta por 17 itens. Estes permitem avaliar a autopercepção geral da competência parental e duas dimensões que a compõem: a eficácia e a satisfação parental. Vários estudos dizem que esta avaliação que os pais fazem sobre a sua parentalidade e a forma como fazem críticas ao seu próprio desempenho, pode ter um papel direto ou indireto no desenvolvimento das crianças (Abreu-Lima et al., 2010).

Porém sentiu-se a necessidade de avaliar a eficácia do programa e como alternativa aplicou-se a Escala de Avaliação da Implementação do Programa (EAIP) criada por Jardim & Pereira (2006), que se demonstra útil na avaliação do grau de eficácia e qualidade de um determinado programa. Através da aplicação desta escala obtiveram-se os seguintes resultados:

GRÁFICO1 - Desenvolvimento de competências parentais



Analisando o gráfico acima, em que a avaliação do desenvolvimento das competências é feita segundo uma escala de *Likert*, entre 1- mau a 5 - muito bom, podemos verificar que de entre as quatro mães, três delas consideraram ter um nível de competência muito bom após a frequência no Programa Parental. Apenas uma mãe considerou que manteve o mesmo nível de competência, no início e no final do programa.

Como houve um aumento do nível de competência parental identificado pelas mães entre o início e o final do programa significa que se tornaram conscientes da exigência

do papel parental e os seus conhecimentos sobre o mesmo aumentaram. Desta forma surgiram ganhos em saúde relativamente ao conhecimento das mães sobre o papel parental, procedeu-se à mudança de *status* do diagnóstico de enfermagem inicial para: Conhecimento sobre papel parental.

O desenvolvimento deste programa permitiu dar o contributo enquanto EESMP e inovar no âmbito da prestação de cuidados especializados. Através da análise e revisão da prática clínica, complementando com a evidência científica foi possível identificar oportunidades e prioridades de melhoria, e finalmente implementar um programa de melhoria contínua.

Competência B. Domínio da gestão da qualidade.

Competência C. Domínio da gestão dos cuidados.

Competência F3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo vital, integrada na família, grupo e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

Competência F4. 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.

2.2. *GOSTARZINHO*: O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PESSOAIS

Seguindo o ciclo vital surge a oportunidade de intervir em crianças e adolescentes em idade escolar. A escola demonstra ser um lugar onde se encontram crianças e adolescentes, entre os 6 e os 17 anos e Lehtinen (2008) considera natural desenvolver atividades universais promotoras de saúde mental dirigidas a este grupo em contexto escolar.

Centrando-nos na dimensão positiva do conceito saúde mental que inclui a capacidade de iniciar, desenvolver e manter relações interpessoais mutuamente satisfatórias

(Lehtinen, 2008) foi possível através da atividade lúdica – jogo do *Gostarzinho* - promover o desenvolvimento de interações entre os diferentes elementos do grupo, remetendo para as interações familiares e sociais – intervenção socioterapêutica.

Esta intervenção, que faz parte de um dos projetos da UCC de Ourém, é dirigida a crianças com idades entre os 6 e os 10 anos, em período escolar e permite aos mesmos libertarem tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes (OE, 2009). Neste período o desenvolvimento cognitivo da criança permite-lhe desenvolver conceitos mais realistas e mais complexos acerca de si própria, do seu valor pessoal, e a compreensão e controlo emocional. Nesta fase, a vida emocional é particularmente complexa e por volta dos 7/8 anos a criança interioriza os sentimentos de vergonha e orgulho, emoções que dependem da consciência da implicação das suas ações e do processo de socialização que receberam. Estas emoções afetam a opinião sobre si próprias (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

No que diz respeito à saúde mental, as perturbações emocionais podem afetar todos os aspetos do desenvolvimento (Papalia et al., 2001). Assim através de uma intervenção precoce no âmbito da promoção da saúde mental, centrada no desenvolvimento de competências pessoais que fazem parte do conceito de saúde mental positiva é possível aumentar o nível de literacia em saúde mental destas crianças sobre relações interpessoais satisfatórias, permitindo que cresçam mentalmente saudáveis (Lehtinen, 2008).

Competência F2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.

Competência F4. 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.

2.3. PEDDY PAPER: IDENTIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA

Numa fase mais avançada as necessidades de intervenção focam-se noutros aspetos, como os comportamentos de risco. Se pensarmos no processo de socialização da criança é no percurso escolar que se desenvolve a terceira fase (Lehtinen, 2008).

O Projeto *Monitoring Positive Mental Health Environments* (Lehtinen, 2008) demonstra que muitas questões relacionadas com a escola têm influência sobre o posterior desenvolvimento da saúde mental do indivíduo. A promoção da saúde mental e física melhora as capacidades de aprender, o sucesso académico e a formação dos jovens como cidadãos responsáveis e membros produtivos de uma sociedade.

No âmbito escolar algumas das áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis são: saúde mental, saúde sexual e reprodutiva e educação para o consumo (Direção Geral da Saúde, 2007). De igual forma o Plano Nacional De Saúde Mental 2007-2016 (2008) enuncia que uma das estratégias para promover a saúde mental em idade escolar é o desenvolvimento de programas de educação sobre a prevenção da violência juvenil e do abuso de drogas.

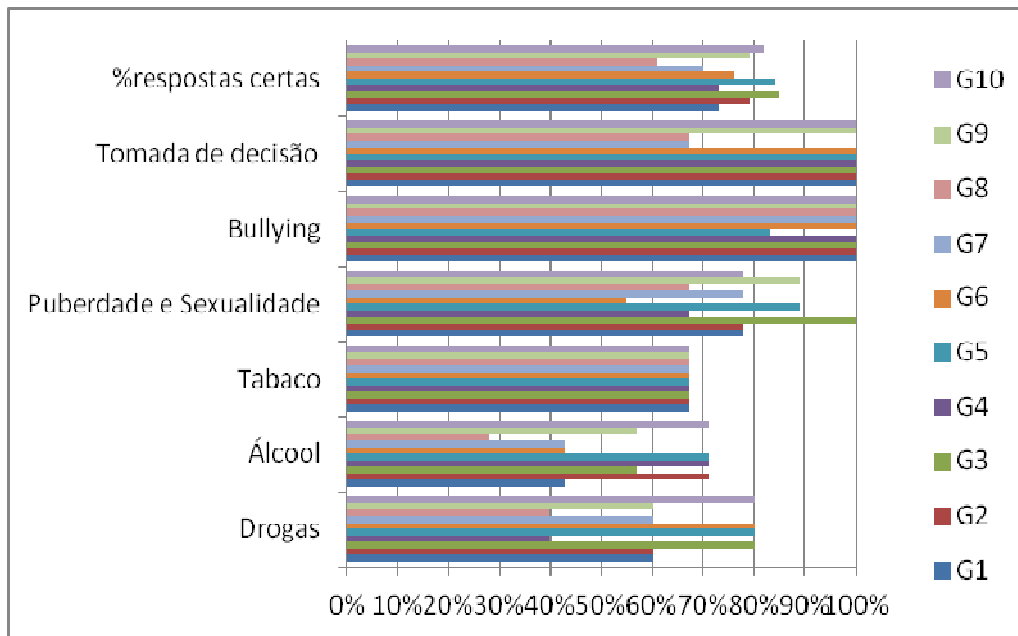
Relativamente ao consumo nocivo e comportamentos de risco, a intervenção deverá ser direcionada para as alternativas saudáveis e promoção de atitudes assertivas, cujo objetivo é a promoção da autonomia e a responsabilização dos jovens. Esta intervenção pode ser operacionalizada com qualquer atividade que permita reduzir as possibilidades ou adiar o início do consumo de uma substância (Direção Geral da Saúde, 2007).

Em parceria com dois colegas da especialidade desenvolveu-se uma intervenção de promoção da saúde mental na escola visando a redução de comportamentos abusivos como as drogas, comportamentos antissociais, e promover o processo de tomada de decisão (OE, 2009). Mais uma vez através da atividade lúdica - *peddy paper* – foi desenvolvida a intervenção em duas escolas de concelhos diferentes, Leiria e Ourém.

Com todos os alunos do 7º ano de escolaridade formaram-se pequenos grupos de 6 elementos. Os mesmos tinham que percorrer as 6 bancas cujos temas foram: álcool, tabaco, drogas, *bullying*, sexualidade e puberdade, e tomada de decisão, e preencher um conjunto de questões de verdadeiro e falso.

Apenas foi possível fazer a análise das respostas da atividade em verdadeiro e falso de uma das escolas. De forma a demonstrar os resultados desta intervenção, construiu-se um gráfico com a percentagem do número total de respostas corretas de cada grupo em cada tema. Posto isto, o resultado final foi o seguinte:

GRÁFICO 2 – Resultados da atividade verdadeiros e falsos



Procedendo à interpretação do gráfico e comparando com as reações dos adolescentes no momento da correção das afirmações, no final da atividade, pode-se concluir que a maioria das respostas dadas estava correta. Confirmando com os dados apresentados todos os grupos responderam corretamente a mais de 50% das respostas.

Ao longo da atividade verificou-se maior presença de falsos conceitos sobre as drogas e o álcool. Comparando esta observação com a percentagem de respostas corretas de todos os temas, verifica-se que estes dois temas são os que apresentam uma menor percentagem de respostas corretas. Os falsos conceitos demonstraram-se ao nível do conceito de droga, mais propriamente com o conceito de dependência, e ainda os efeitos que o álcool provoca no organismo. Neste sentido, identificou-se como diagnóstico de enfermagem: Défice de conhecimento sobre uso do álcool / Défice de conhecimento sobre o uso de substâncias.

Esta intervenção veio sustentar a necessidade de intervenção neste grupo etário sobre estas temáticas e ainda reforçar que compete ao EESMP identificar necessidades

específicas de grupos no âmbito da saúde mental (OE, 2009). Pode-se verificar ainda o baixo nível de literacia em saúde deste grupo específico sobre os comportamentos de risco, o que sustenta os diagnósticos identificados anteriormente.

Considerando que a literacia em saúde é “um nível de conhecimento e habilidades que capacita a pessoa a tomar medidas para melhorar a sua saúde e a da comunidade, alterando estilos de vida e condições de vida” (OE, 2011a, p. 15), pela presença de falsos conceitos no âmbito do consumo de substâncias nocivas verifica-se que os jovens não têm um nível de conhecimento que lhes permita adotar estilos de vida saudáveis. Neste sentido compete ao EESMP implementar programas de intervenção precoce com o objetivo de aumentar o nível de literacia em saúde sobre comportamento de risco (OE, 2011a). Esta intervenção permitiu identificar necessidades de intervenção em saúde mental e deixar o caminho em aberto para intervenções futuras.

Competência C. Domínio da gestão dos cuidados.

Competência F2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.

Competência F4. 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.

2.4. PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA

Progredindo ao longo do ciclo vital tomamos agora como foco a adolescência. Este é um período de transição marcado por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, no qual é crucial desenvolver e integrar condutas e comportamentos que influenciam a saúde no futuro (OE, 2010b).

É uma fase do ciclo vital preponderante para a saúde mental, uma vez que as emoções intensamente vividas neste período e os temas levantados são centrais para o desenvolvimento pessoal (Stuart & Laraia, 2001). Salienta-se a oportunidade de durante

a prática clínica ter prestado cuidados especializados a adolescentes sem e com perturbações mentais, permitindo evidenciar de que forma é que a intervenção do EESMP é diferente dentro do mesmo grupo etário que apresenta necessidades díspares. É sobre este aspeto que irei incidir a reflexão das atividades desenvolvidas nesta fase do ciclo vital.

Partindo do princípio que estamos a lidar com um adolescente mentalmente saudável, que resolveu as tarefas correspondentes às fases de desenvolvimento anteriores, cabe ao enfermeiro especialista promover o desenvolvimento de competências pessoais e capacitar estes jovens para lidar com as adversidades que se vai deparando ao longo da vida. Contudo a motivação ou o desejo de mudança para alterar comportamentos e hábitos não saudáveis depende de múltiplos fatores: motivação intrínseca, controlo pessoal de decisões, autoconfiança e perceção de eficácia, ambivalência individualizada, entre outros (OE, 2010b).

Centrando-nos na capacidade de lidar com as advertências - resiliência - que é um dos aspetos tidos em consideração no conceito de saúde mental positiva (Lehtinen, 2008), surgiu a oportunidade de capacitar os jovens para utilizar técnicas físicas de relaxamento na gestão de situações de *stress* e ansiedade, como é o caso da época nacional de exames. Esta intervenção encontra-se integrada no programa de melhoria contínua da UCC de Ourém tal como foi referido anteriormente.

As técnicas físicas de relaxamento demonstram-se capazes de combater a ansiedade, o *stress* e a baixa autoestima (Guilhas, 2007). Com o desenvolvimento das sessões de relaxamento foi possível confirmar que perante uma situação específica como é o caso da época de exames nacionais a vivência do *stress* e ansiedade são sintomas identificados pelos adolescentes. Assim, compete ao EESMP implementar intervenções psicoeducativas para ajudar a adquirir competências e promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental (OE, 2009).

Face a uma situação de *stress*, o padrão respiratório característico é a hiperventilação, que os adolescentes referiram sentir. Nestas situações o relaxamento tem um papel crucial na medida em que permite a reeducação respiratória e lidar com o *stress*. O objetivo das técnicas de respiração é o de facilitar o controlo voluntário da respiração

automatizando-o para que possa ser mantido em situações de *stresse* (Payne, 2003). Os exercícios respiratórios demonstram ser medidas eficazes na redução da ansiedade, depressão, irritabilidade, tensão muscular e fadiga (Davis, Eshelman & McKay (1996); Sobel & Ornstein, 1996 citado por Townsend, 2011).

Através da capacitação dos adolescentes na utilização da técnica de controlo da respiração perante situações de *stresse*, permitiu-lhes adquirir um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde (OE, 2011a) tornando-os capazes de lidar com a advertências e conseqüentemente mais resilientes.

Competência F2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.

Competência F4. 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.

2.5. PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NOS ADOLESCENTES

Para além da promoção da saúde mental nesta faixa etária é crucial que o EESMP incida sobre a prevenção de problemas de saúde mental como é o caso do suicídio. Este encontra-se entre as cinco principais causas de morte na faixa etária dos 15-19 anos (WHO, 2009 citado por Santos, Façanha, Gonçalves, Erse, Cordeiro & Façanha, 2012).

Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (2008), baseado no documento da Rede Europeia para a Promoção da Saúde Mental e a Prevenção das Perturbações Mentais, diz-nos que uma das estratégias privilegiadas para a prevenção e promoção da saúde mental é a prevenção do suicídio nos jovens.

Sendo o suicídio um fenómeno complexo (Santos, et al. 2012) que resulta de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais e ambientais (OMS, 2006) é necessário a intervenção de uma equipa

multidisciplinar e multiprofissional, no qual o saber do EESMP tem um contributo muito relevante (Santos et al., 2012).

Os comportamentos suicidários são um problema de Saúde Pública, e em Portugal cerca de 1.000 pessoas suicidam-se por ano, sendo que este número tem vindo a aumentar desde 2000. A maior incidência dos comportamentos para-suicidários é protagonizado por jovens adolescentes (OMS, 2009 citado por Santos et al. 2012).

Com o conhecimento do impacto desta problemática e respondendo às reais necessidades identificadas por professores e pela psicóloga da Escola Secundária Afonso Lopes Vieira realizou-se uma intervenção psicoeducacional em parceria com uma colega da Especialidade, dirigida a 46 alunos do 10º ano e alunos do Curso Profissional de Auxiliar de Saúde, com duração de 90 minutos.

É de realçar que ao nível da intervenção primária, nomeadamente os programas de educação na escola são cruciais. Estes ajudam os professores a identificar estudantes potencialmente suicidas, assim como treinar os jovens para a consciencialização de como podem ser úteis para os seus colegas com problemas (OMS, 2006).

O sentimento manifestado e predominante no início da sessão foi de apreensão, mas através de uma atividade em pequenos grupos para identificarem mitos e factos sobre o suicídio quebrou-se o gelo inicialmente identificado (ANEXO I). Esta estratégia utilizada permitiu promover a interação entre os alunos e a discussão sobre o tema.

Com a correção da atividade foi possível desenvolver conhecimentos e fatores de proteção de forma a reduzir o risco de perturbação mental (OE, 2009). Verificou-se também que alguns jovens tinham interesse sobre o tema o que facilitou a aprendizagem quanto às estratégias para lidar com a perturbação mental – como o pedir ajuda.

Como apresentavam um baixo nível de literacia em saúde mental demonstrado através do desconhecimento de alguns conceitos relacionados com o suicídio (sentimentos ambivalentes, ideação suicida, comportamentos suicidários), de como procurar informação sobre a saúde mental e dos profissionais disponíveis para ajudar, foi necessário dar informação de forma a fornecer orientações para reduzir o risco da perturbação mental (OE, 2009). Elaborou-se neste âmbito um cartaz e um folheto informativo de forma a facultar informação aos jovens que não estiveram presentes na

sessão, permitindo chegar a informação a toda a população escolar. Esta intervenção teve como ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem a redução do risco de suicídio.

Competência F2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.

Competência F4. 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.

2.6. INTERVENÇÕES NO DEPARTAMENTO DE PEDOPSIQUIATRIA

Incidindo agora, esta reflexão sobre as atividades desenvolvidas com adolescentes com perturbação mental salienta-se o enriquecimento pessoal e profissional neste âmbito. Se cuidar de um adolescente mentalmente saudável reporta consigo alguns cuidados, uma vez que este se encontra numa fase de transição com inúmeras mudanças como supracitado, então cuidar de um adolescente com perturbação mental reporta ainda muito mais.

A prevalência de perturbações emocionais e comportamentais na infância e adolescência, estimada em cerca de 10 a 20% das crianças tem um ou mais problemas de saúde mental (Marques & Cepêda, 2009; OMS, 2002), e a falta de formação específica de profissionais de saúde nesta área (Direção Geral de Saúde, 1995 citado por Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007) tal como referido anteriormente, reforça a necessidade de intervenção do EESMP.

Compete ao mesmo identificar os problemas e as necessidades específicas do grupo no âmbito da saúde mental (OE, 2009). Ao refletir sobre estes jovens com características peculiares pretendeu-se desenvolver intervenções de forma que alguns deles não se sentissem discriminados por não as integrar, mas também através das competências

comuns e específicas do enfermeiro especialista de saúde mental foi possível adotar estratégias para que tal não acontecesse.

Uma das estratégias adotadas foi as dinâmicas de grupo que se demonstram efetivas na interação grupal facilitando as relações interpessoais e grupais (Costa, 2006). Sabe-se que a relação com os pares tem uma forte influência na adolescência (Papalia et al., 2001) e ao permitir-lhe entrar em contacto com o outro, proporciona-se a observação de si mesmo nas relações que estabelece promovendo o autoconhecimento e tornar-se consciente do mundo que o rodeia (Costa, 2006).

Estes adolescentes demonstram comportamentos desajustados e neste sentido o objetivo central da intervenção enquanto EESMP foi promover a alteração comportamental adaptativa. Esta intervenção foi centrada numa abordagem cognitivo-comportamental capaz de aumentar o *insight* dos adolescentes, permitindo elaborar novas razões para o problema (OE, 2009) visando a alteração de padrões de pensamento e de comportamento mediante a prática de novas maneiras de pensar e agir (Townsend, 2011) proporcionando a recuperação da saúde mental (OE, 2009).

Para o desenvolvimento das dinâmicas de grupo foi crucial gerir os cuidados (perceber a dinâmica do serviço, os objetivos da equipa multidisciplinar no processo de saúde daquele adolescente, gerir o ambiente, entre outros) e identificar quais os adolescentes que reuniam critérios de inclusão para participar nas mesmas. Este último aspeto demonstra a capacidade de ajuizar e aplicar o conhecimento que se revela fundamental para que as intervenções desenvolvidas produzissem os resultados esperados (OE, 2009). Foi através da observação direta do comportamento e do estado mental do adolescente que se fez a seleção.

No quadro 5 encontram-se identificadas as dinâmicas de grupo desenvolvidas assim como qual o foco de atenção identificado que potenciou o desenvolvimento das dinâmicas e finalmente os ganhos em saúde.

QUADRO 5 – Dinâmicas de grupo desenvolvidas no Departamento Pedopsiquiatria e os ganhos em saúde obtidos

Dinâmica de grupo	Focos de Atenção	Ganhos em saúde
Estados de espírito (Anexo II)	Bem-estar	Ganhos em aprendizagens das capacidades do adolescente para identificar emoções.
Sentimentos (Anexo III)	Bem-estar	Ganhos em aprendizagens das capacidades do adolescente para gerir emoções.
Amizade (Anexo IV)	Comportamento interativo	Ganhos em aprendizagem das capacidades do adolescente para manter relações satisfatórias.
Autoestima (Anexo V)	Autoestima	Ganhos em aprendizagem de capacidades para gerir o bem-estar psicológico.
Dinâmica do riso (Anexo VI)	Bem-estar	Ganhos expressos em bem-estar, percecionados pelos adolescentes.

Globalmente, estas dinâmicas de grupo permitiram aos adolescentes libertar tensões emocionais e integrar a perturbação mental e os défices por ela causada, proporcionando a tomada de decisão, ou seja, disponibilizou-se espaço para que fizessem escolhas promovendo mudanças positivas nos seus estilos de vida (OE, 2009).

Numa abordagem cognitivo-comportamental pretendeu-se fomentar a reflexão sobre as temáticas anteriormente referidas através da partilha em grupo, ajudando os adolescentes a aprender estratégias comportamentais mais adaptativas que por sua vez têm um efeito mais positivo nas cognições (Townsend, 2011). Neste sentido considera-se que os ganhos em saúde prendem-se com a aprendizagem de capacidades que são aquisições do domínio de atividades práticas associadas a treino, prática e exercício (OE, 2011b).

Com as dinâmicas de grupo puderam treinar/praticar a expressão de sentimentos; o desenvolvimento de relações satisfatórias com os pares; a promoção da autoestima e a promoção do bem-estar através do riso.

No que diz respeito à libertação de tensões emocionais e focando-nos particularmente sobre as adolescentes com perturbações do comportamento alimentar salienta-se a oportunidade em realizar sessões de relaxamento. O momento escolhido para o fazer foi ao final da tarde, 45 minutos antes da hora de jantar, uma vez que se observaram sinais de ansiedade.

Participaram 5 adolescentes, e escolheu-se uma adolescente ao acaso para avaliar os sinais vitais com o intuito de verificar a eficácia da sessão e comprovar o que é descrito na literatura quanto à descida da tensão arterial e frequência cardíaca (Quadro 6).

QUADRO 6 – Parâmetros vitais antes e depois da intervenção

Antes da sessão de Relaxamento	Depois da sessão de Relaxamento
Tensão arterial sistólica = 89 mmHg	Tensão arterial sistólica = 93 mmHg
Tensão arterial diastólica = 58 mmHg	Tensão arterial diastólica = 63 mmHg
Frequência cardíaca = 69 bpm	Frequência cardíaca = 73 bpm

Efetivamente a avaliação dos parâmetros vitais não correspondeu ao que era esperado, porque as capacidades são desenvolvidas pela prática. Apenas com uma prática regular e frequente pode atingir-se uma mudança de comportamento (Payne, 2003). Neste sentido realizar mais intervenções de relaxamento torna-se evidente com o intuito de capacitar estas jovens para lidar com esta situação de *stresse* específica – refeições. Só é possível aprender a maior parte dos métodos de relaxamento em cerca de seis sessões e com respeito regular da prática em casa (Payne, 2003).

Realizou-se uma intervenção psicoeducativa com todos os adolescentes do internamento sobre estilos de vida saudáveis porque existem indicações recentes que os jovens com perturbações mentais (depressão e abuso de substâncias) são aqueles que apresentam maior probabilidade em apresentar comportamentos sexuais de alto risco, comparativamente com jovens que não têm perturbações mentais (OMS, 2002).

Desenvolveu-se a intervenção com recurso à atividade lúdica, pela construção de cartazes sobre: alimentação saudável, exercício físico e mental, substâncias nocivas (drogas, álcool e tabaco) e doenças sexualmente transmissíveis, e no final a venda da ideia construída no cartaz. Verificou-se no grupo níveis de literacia em saúde mental

diferentes, provavelmente relacionados com a dimensão cognitiva e pela sintomatologia característica da perturbação mental.

No âmbito da reabilitação psicossocial a reintegração de pessoas com doença mental grave é uma enorme preocupação na área da saúde mental (OMS, 2002). Neste sentido compete ao EESMP desenvolver programas de reabilitação psicossocial para estas pessoas nas equipas técnicas que integra (OE, 2009).

Propôs-se elaborar uma dinâmica de grupo de maiores dimensões mobilizando a parceria com outros elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente a animadora artística, e indo de encontro aos objetivos da equipa de pedopsiquiatria na reintegração dos adolescentes com doença mental grave.

Previa-se a alta de uma das adolescentes internadas no serviço com diagnóstico médico de esquizofrenia. Todavia preparar a alta desta adolescente capacitando-a para a reintegração social é prioritário pelos défices apresentados ao nível do funcionamento social. Desenvolveu-se então uma intervenção individual – Treino de habilidades sociais e uma intervenção grupal – Dinâmica de grupo: Jogos tradicionais.

A intervenção individual encontra-se explorada no capítulo 3 pelo que se incidirá apenas na dinâmica de grupo. Construiu-se um circuito com jogos tradicionais no jardim exterior e foi dado a cada adolescente dinheiro que tinham de gerir durante a atividade. Embora os objetivos da atividade fossem:

- ✓ Fomentar o espírito de equipa;
- ✓ Incentivar o processo de socialização;
- ✓ Realizar a analogia entre o ambiente de jogo criado e a vida social (regras sociais, altruísmo, amizade);
- ✓ Proporcionar estimulação cognitiva;
- ✓ Promover bem-estar através da atividade lúdica;

Esta intervenção pretendeu fazer um diagnóstico da capacidade da jovem na sua reintegração social, procurando conhecer quais as competências afetadas. Efetivamente verificou-se que a jovem tem dificuldade em fazer cálculos matemáticos e não demonstra competências financeiras, observou-se que não estabelecia parceria com os

outros no sentido de poupar dinheiro na compra dos bilhetes. Após este diagnóstico seria pertinente desenvolver uma intervenção mais prolongada para dar resposta às necessidades identificadas.

Procurando colaborar com a equipa médica na identificação de défices ao nível do funcionamento social, esta intervenção contribui para acrescer a informação no processo de cuidar e de diagnóstico do projeto de saúde desta jovem.

Competência A. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Competência B. Domínio da melhoria da qualidade.

Competência C. Domínio da gestão dos cuidados.

Competência F1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto — conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

Competência F2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.

Competência F3. 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.

Competência F4. 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.

2.7. PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO

A evidência tem mostrado que a promoção da saúde mental é crucial na gravidez. Ao longo desta e no período pós-parto ocorre uma organização psíquica particular. Para Winnicott designa-se “preocupação maternal primária”. Este descreve-o como um

estado de sensibilidade particular da mãe, focada nas necessidades e vivências do bebê (Cepêda & Heitor 2005).

Nesta fase da vida da mulher, o apoio emocional traz benefícios quer para a mãe quer para o filho (Cepêda et al., 2005). Lintner & Gray (2006) citado por Tavares & Botelho (2009) diz que o nascimento de uma criança é um período que proporciona o aparecimento de problemas emocionais nos pais. Por um lado, afeta a qualidade de vida da mãe mas também tem repercussões no bebê, podendo ameaçar o seu desenvolvimento emocional, social, comportamental e psicológico.

O parto é um acontecimento biopsicossocial, que determina um conjunto de transformações e mudanças físicas, psíquicas e sociais na mãe e no bebê. Cerca de 40 a 60% das mulheres, nas quatro semanas após o parto experienciam uma perturbação emocional designada por *blues* pós-parto ou *baby blues* (Cepêda et al., 2005).

No que diz respeito à depressão pós-parto, a sua prevalência é entre 12% e 16% nas mães. Podemos dizer que este é um período de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de uma perturbação de humor. Estas perturbações emocionais podem surgir desde o trabalho de parto até ao fim do primeiro ano de vida da criança. A maioria dos casos ocorre a partir da 6ª semana do período pós-parto (Cepêda et al., 2005).

Para detetar situações de risco o mais precoce possível no sentido de diagnosticar e tratar atempadamente estes casos, podemos utilizar instrumentos de avaliação, tais como a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) (Cepêda et al., 2005).

Relativamente à intervenção a desenvolver é de referir que devemos iniciá-la com um carácter preventivo ou seja, identificar situações de risco em grávidas e puérperas, e atuar em articulação com outros serviços. É crucial também uma intervenção terapêutica precoce para prevenir repercussões graves na interação mãe-bebê. Finalmente caso surja um diagnóstico confirmado de depressão a mãe pode tomar antidepressivos, nomeadamente *paroxetina*, pois este não passa para o leite materno, podendo continuar a amamentar (Cepêda et al., 2005).

Baseada neste conhecimento sólido desenvolveu-se duas intervenções psicoeducacionais, uma dirigida a 12 grávidas que frequentavam o programa de

preparação para o parto “Sarilho de Fraldas”, e outra para 6 mães que integravam o programa de recuperação pós-parto na UCC de Ourém.

Elaborou-se um vídeo de forma a retratar os sentimentos que a literatura enuncia na vivência da gravidez e no pós-parto, proporcionando a expressão de sentimentos após a sua visualização. Verifica-se que as vivências emocionais são diferentes de grávida para grávida, tal como se verificou nas mães no período pós-parto. Porém, o fundamental é compreender se as mesmas têm capacidade para lidar com sentimentos negativos (tristeza, desespero) procurando identificar os fatores de proteção e conhecer que estratégias desenvolvem ou pretendem desenvolver. O facto de esta intervenção ter sido grupal permitiu partilhar o conhecimento quanto às estratégias utilizadas para lidar com este tipo de sentimentos.

Estas intervenções aumentaram o nível de literacia em saúde mental de ambos os grupos alvo, na medida em que após a intervenção conhecem a sintomatologia da depressão na gravidez e pós-parto, quais os fatores de risco e causas, os possíveis tratamentos, e quais os profissionais que estão disponíveis para as ajudar. Fundamentalmente são capazes em desenvolver atitudes que promovam o reconhecimento da perturbação mental e a adequada busca de ajuda (OE, 2011a). No sentido de documentar a informação transmitida, de dar o contributo enquanto EESMP, e com o intuito de partilhar esta informação com a restante comunidade de saúde materna e obstétrica elaboraram-se dois folhetos informativos sobre a prevenção da depressão na gravidez e a depressão pós-parto (Anexo VII).

Na intervenção psicoeducacional nas mães após o parto procedeu-se à aplicação da EPDS com o objetivo combater um diagnóstico de risco. Os resultados foram positivos, na medida em que nenhuma mãe apresentava probabilidade de depressão.

Competência B. Domínio da melhoria da qualidade.

Competência F2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.

Competência F4. 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.

2.8. CONSULTAS DE SAÚDE MENTAL

Durante a prática clínica especializada desenvolvida na UCC de Ourém houve a possibilidade de colaborar nas consultas de saúde mental. Com a análise e discussão dos casos clínicos, definiram-se intervenções diferenciadas, obtendo-se num dos casos os resultados esperados.

Acontecimentos stressantes, de natureza social, psicológica e biológica, que fazem parte da vida das pessoas nos dias de hoje (Stuart & Laraia, 2001), fundamentam a intervenção do EESMP. Através da mobilização de conhecimento, estes conseguem ajudar a pessoa nos momentos de crise, promover resultados saudáveis para que esta retome o nível de funcionamento anterior à crise. “A intervenção em crise é uma estratégia de tratamento breve, focalizada e de tempo limitado” que demonstra eficácia em ajudar as pessoas a adquirir comportamentos adaptativos face a estes acontecimentos (Stuart & Laraia, 2001, p. 255).

Com uma atitude de iniciativa em conduzir o processo de tomada de decisão foi proposto desenvolver o treino de assertividade, como intervenção psicoterapêutica num casal que apresentava como diagnóstico de enfermagem inicial: comunicação comprometida.

Nas relações interpessoais existem diversos estilos de comunicação. As pessoas não comunicam todas da mesma forma, e mesmo que uma pessoa saiba comunicar de forma

diferente ela vai sempre escolher o modo que mais gosta de comunicar com os outros (Fachada, 2010).

O comportamento das pessoas afeta positiva ou negativamente a relação que estabelece com os outros. É fundamental “olhar” para a forma como nos comportamos, e o modo como comunicamos verbal e não verbalmente, visto estes aspetos influenciarem a forma como os outros se relacionam connosco (Fachada, 2010). Neste sentido, promover a perceção do estilo de comunicação deste casal utilizado na relação interpessoal que estabelecem entre eles foi crucial. Desta forma, através da autoperceção, procurou-se que ambos os elementos do casal possuíssem uma visão realista do acontecimento stressante, demonstrando como a comunicação era ineficaz, que conseqüentemente se traduzia numa relação interpessoal negativa.

Como os enfermeiros podem ajudar os utentes a terem maior consciência das suas respostas comportamentais (Townsend, 2011), através do treino de assertividade estruturado em 3 sessões com duração de 60 minutos, pretendeu-se aumentar e criar maior flexibilidade no estilo de comunicação de cada elemento do casal, de modo a que estes tivessem um conjunto de respostas face às mais variadas situações, possibilitando a mudança de comportamento. Promover o comportamento assertivo permite à pessoa sentir-se bem consigo mesma e ajudá-la a sentir-se bem nas relações que estabelece com os outros, aumentando assim, a sua capacidade para desenvolver relações interpessoais satisfatórias (Townsend, 2011).

Na primeira sessão, através da *abreção* – técnica de intervenção em crise -, promoveu-se a expressão de sentimentos no momento em que o doente falava de situações dotadas de emoção, para assim colher dados sobre o evento stressante e perceber qual o efeito deste evento no doente (Stuart & Laraia, 2001). Nesta fase aplicou-se o exercício de autodiagnóstico obtendo-se como estilo comunicacional assertivo para o marido e passiva para a esposa. Ambos os elementos identificaram-se com o resultado obtido sobre o estilo comunicacional, embora expressassem que durante a relação conjugal adotam um estilo agressivo. Após o diagnóstico do estilo comunicacional, prosseguiu-se a segunda sessão com a instrução de ambos os elementos do casal sobre a comunicação verbal e não-verbal, e a sua importância nas relações interpessoais, apresentando técnicas que promovem o comportamento assertivo (assumir a responsabilidade pelas próprias afirmações; responder como um “disco riscado”, repetindo persistentemente e

em tom calmo o que quer; concordar, questionar e adiar assertivamente; responder assertivamente com ironia) (Townsend, 2011). Esta fase foi propícia para apoiar as defesas e explorar soluções, ou seja encorajou-se as defesas adaptadas e saudáveis, e exploraram-se os modos alternativos de solucionar os problemas imediatos de ambos os elementos do casal (Stuart & Laraia, 2001).

Na última sessão, verificou-se que houve uma mudança comportamental adaptativa, demonstrando maior harmonia na expressão sobre o processo comunicacional. Nesta fase reforçou-se o comportamento, para fortalecer as respostas positivas apresentadas pelo casal. Após a implementação da intervenção, resultaram ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, estabelecendo como diagnóstico final: comunicação melhorada.

Ainda durante as consultas de saúde mental foi possível intervir junto de outro casal, também com o mesmo diagnóstico de enfermagem mas com características peculiares e ambos com diagnóstico de uma perturbação mental: a esposa depressão e o marido transtorno bipolar. Por estes motivos a intervenção foi desenvolvida de forma diferente, através de atividades individuais numa abordagem cognitivo-comportamental.

A intervenção iniciou-se com a resolução de uma atividade intitulada de admire-se a si próprio, com o intuito de promover o autoconhecimento e consciencializar sobre uma das competências pessoais essenciais para a saúde mental positiva, a autoestima. Verificou-se que ambos não detêm um elevado conhecimento de si próprios e neste sentido era fundamental intervir para aumentar o *insight* dos mesmos, com o objetivo de elaborarem novas razões para o problema, atingindo-se mudanças comportamentais. Nas intervenções em crise, a técnica de elevação da autoestima é particularmente importante, ajudou-se o casal a reconquistar o seu amor-próprio, transmitindo confiança de que estes são capazes de participar ativamente na descoberta de soluções para os problemas (Stuart & Laraia, 2001).

Porém o desenvolvimento desta intervenção reforçou a ideia de que esta não pode ser unidirecional, e para que se produza os resultados esperados é necessário que o utente colabore e, sinta necessidade em adquirir respostas adaptativas. As intervenções em saúde mental são morosas e neste caso era necessário mais tempo para se conseguirem resultados.

Alguns aspetos dificultaram o processo de mudança, tais como: a presença de estigma face às perturbações mentais, a não aceitação do diagnóstico médico das mesmas e o tempo necessário para a resolução. Quanto ao último aspeto, preconiza-se que entre seis semanas ou até mais, é o tempo necessário para que se atinja uma solução positiva (Stuart & Laraia, 2001). No final da intervenção realizada, o diagnóstico inicialmente identificado: comunicação comprometida, manteve-se.

Competência C. Domínio da gestão dos cuidados.

Competência F1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto — conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

Competência F2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.

Competência F3. 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.

Competência F4. 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.

2.9. PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA PESSOA IDOSA

O Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004) estabelece três grandes estratégias de intervenção, sendo uma delas a promoção de um envelhecimento ativo. Recomendando para a ação, informar e formar as pessoas idosas sobre a estimulação das funções cognitivas.

A OMS e a Comissão da União Europeia consideram importante todos os esforços que contribuam para um envelhecimento saudável. Um aspeto importante que contribui para

este mesmo objetivo é a aprendizagem ao longo da vida, uma vez que esta permite conservar as capacidades cognitivas (Direção Geral de Saúde, 2004).

Uma importante determinante da saúde mental dos idosos é estes ficarem mentalmente ativos, aproveitando oportunidades para aprender, ou seja tal como as pessoas de outras idades, as pessoas idosas devem aproveitar as oportunidades de novas aprendizagens no sentido de promover a qualidade de vida e sentirem-se saudáveis como um todo (Lehtinen, 2008).

Depois de conhecidas as reais necessidades destas pessoas realizou-se uma intervenção psicoeducacional com o intuito de promover a saúde mental dando a conhecer as alterações que ocorrem nesta fase do ciclo vital, facultando estratégias para as colmatar. Mais do que serem os enfermeiros a desenvolver as atividades propriamente ditas para proporcionar a estimulação cognitiva das pessoas idosas, é fundamental incentiva-las a tomar decisões e atitudes para serem as próprias a promoverem a saúde mental e envelhecerem mentalmente saudáveis. Assim proporciona-se para que se sintam valorizados perante a sociedade. A finalidade desta intervenção prende-se com aumentar a capacidade da pessoa na utilização de estratégias para envelhecer mentalmente saudável.

Participaram 11 alunos da Universidade Sénior de Ourém e iniciou-se a sessão com a dinâmica da caixa com o espelho de forma a quebrar o gelo e refletir em conjunto sobre a conservação de uma imagem positiva de si próprios.

Na promoção da saúde mental da pessoa idosa os profissionais de saúde têm um papel crucial, na medida em que deve desenvolver todo um conjunto de atividades, tais como: encorajar os idosos a conservar uma imagem positiva de si próprios e a ter respostas emocionais apropriadas; ajudar a pessoa idosa a reencontrar rapidamente o seu equilíbrio quando surgem problemas existenciais; encorajar os idosos a manter relações sociais, e encorajar as pessoas idosas a recordar o passado, e tirar delas conclusões positivas (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Estas medidas de prevenção utilizadas pelos profissionais de saúde que lidam com estas pessoas são úteis de as ajudar e de as levar a progredir no *continuum* da saúde mental (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

No final da intervenção pediu-se que expressassem num pedaço de papel o sentimento com que ficaram desta intervenção:

“O amor por nós próprios” (sic)

“O que me fez sentir, é que apesar de ser velha na idade, sinto-me nova de espírito, sinto-me a rejuvenescer” (sic)

“Todos os dias se deve acrescentar ao barómetro do “saber” alguma coisa. Hoje também acrescentei. Ainda bem!” (sic)

“Fiquei a pensar que temos primeiro de gostar de nós próprios” (sic)

“Fiquei mais convencida que vale a pena cuidar mais de mim própria mesmo nos momentos mais infelizes” (sic)

Estas expressões reforçam o desenvolvimento de intervenções neste âmbito e permitiram identificar como diagnóstico de enfermagem final: ganhos em aprendizagem de capacidades para utilizar estratégias para um envelhecimento ativo. Ao longo da sessão demonstraram ter conhecimentos mas necessitam de ser incentivados a aplicá-los.

Competência F2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.

Competência F4. 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.

*“Quando tratamos um homem como ele é,
nós o tornamos pior do que é.
Quando o tratamos como se já tivesse atingido potencial,
nós o transformamos no que ele deveria ser.”*

Johann Goethe

3. TREINO DE HABILIDADES SOCIAIS EM ADOLESCENTES COM ESQUIZOFRENIA - SOCIAL MENTE

Neste capítulo procede-se à reflexão sobre a prática baseada na evidência, dando visibilidade do trabalho desenvolvido no Departamento de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Porto, após a identificação das necessidades manifestadas pelos adolescentes com diagnóstico médico de esquizofrenia.

O conhecimento adquirido na investigação em enfermagem surge com o intuito de desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (OE, 2006).

“O avanço no conhecimento requer que o enfermeiro ESM incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.” (OE, 2011a, p. 3).

Entre alguns tipos de investigação em enfermagem, a investigação clínica é uma das que melhor contribui para dar consistência científica, pela garantia oferecida face à incorporação dos resultados na prática clínica dos enfermeiros (OE, 2006). Na mesma linha de pensamento, a Presidência do Conselho de Ministros (2013, p. 1) diz que “a investigação clínica é uma atividade fundamental para o desenvolvimento do conhecimento e inovação na saúde, contribuindo, de forma estratégica, para a melhoria da saúde das populações e do desempenho das unidades de saúde (...)”.

A OE (2006) refere que existem quatro eixos prioritários de investigação, sendo que um deles é a adequação dos cuidados de enfermagem especializados à necessidade das pessoas.

Na procura em adequar os cuidados de enfermagem especializados à necessidade das pessoas, observa-se que os adolescentes com diagnóstico de esquizofrenia apresentam um comportamento interativo comprometido caracterizado por alterações da comunicação (iniciar, manter e terminar uma conversa), falta de responsividade emocional, falta de motivação e isolamento do restante grupo. Este comportamento tem repercussões no funcionamento social eficaz (Coelho & Palhas, 2006).

Conhecendo as graves repercussões que o comportamento peculiar destes jovens acarreta e pelo seu mau prognóstico, é necessário desenvolver uma intervenção precoce, para que a perturbação não se transforme numa doença incapacitante (Ballone & Moura, 2008). Intervir para contribuir no bloqueio da progressão da doença, evitando que esta se instale por completo, de forma a controlar os sintomas e a melhorar os resultados é primordial (OMS, 2002). E é assumido que esse tipo de intervenção é fundamental para minimizar as repercussões e melhorar o funcionamento social dos adolescentes nestas condições (Laugeson, Frankel, Gantman, Dillon & Mogil, 2012).

Para desenvolver uma intervenção adequada às necessidades identificadas é necessário clarificar os conceitos que sustentam o metaparadigma de enfermagem, que serve de referência à prática clínica especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e as teorias de enfermagem permitiram definir os seguintes conceitos:

A **saúde** representa um estado de bem-estar que é variável no tempo (OE, 2001). Este estado é decidido simultaneamente, pela pessoa e pelo enfermeiro (George, 2000). Assim, a saúde é a procura do equilíbrio necessário do estado de bem-estar para um funcionamento social eficaz.

A **pessoa** é o adolescente enquanto ser social, capaz de se autodeterminar, agente intencional do seu comportamento individual, mas que apresenta dificuldade na interação social, demonstrando défice ao nível da funcionalidade social (Coelho & Palhas, 2006; OE, 2001), não revela habilidade para iniciar uma comunicação e não estabelece uma relação comunicacional com aqueles que o rodeiam.

O adolescente como pessoa é ainda aquela com quem o enfermeiro estabelece a relação terapêutica durante os cuidados de enfermagem especializados, necessários para adquirir um estado de equilíbrio nas relações interpessoais.

A pertinência do enfoque no adolescente com dificuldades de interação social é fundamentada pelos dados de prevalência de perturbações emocionais e comportamentais na infância e adolescência. Estima-se que cerca de 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental (Marques & Cepêda, 2009; OMS, 2002). A falta de evidência de dados epidemiológicos na realidade portuguesa aponta para o escasso desenvolvimento de estudos sobre esta população-alvo, o que demonstra um défice de preocupação por parte dos profissionais sobre este foco de atenção.

A nível internacional uma em cada cinco crianças apresenta evidências de perturbações mentais, número que tendencialmente deverá aumentar (Associação Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, s.d. citado por Marques & Cepêda, 2009).

Segundo a OMS (2002) as perturbações mentais e comportamentais na infância e adolescência transportam consigo um gasto enorme para a sociedade quer ao nível de recursos humanos, quer ao nível financeiro. Para além de que muitas destas perturbações podem vir a tornar-se mais incapacitantes na vida adulta, manifestando-se eventualmente sob a forma de esquizofrenia.

A adolescência é a fase do ciclo vital em que ocorrem inúmeras mudanças no organismo (físicas e mentais) (Ballone & Moura, 2008). É um período em que a maior parte das vezes surgem as primeiras manifestações clínicas de perturbações mentais. Quanto à esquizofrenia, os investigadores descobriram que esta tende a enraizar-se entre os 14 e 20 anos (Walker, 2006 citado por Stambor, 2006). Em Portugal ainda existem poucos estudos sobre a sua prevalência. Contudo a prevalência estimada é entre 0,6 a 1%, sendo das doenças mentais com maior expressão no País (Palha, 2006 citado por Meireles, 2012).

Os **cuidados de enfermagem** são as relações interpessoais estabelecidas entre o enfermeiro e a pessoa. Nestas formam-se parcerias, respeitando as capacidades e valorizando o seu papel individual (OE, 2001). Em conjunto são identificadas as necessidades e planeadas as intervenções de forma a colmatar as mesmas. É através

desta relação que o enfermeiro ajuda a pessoa, e ambos crescem, aprendem e desenvolvem-se.

Peplau teorizou que a enfermagem é um processo interpessoal, que estabelece a interação entre dois ou mais indivíduos com uma meta comum, surgindo o processo terapêutico (George, 2000).

O **ambiente** é aquele no qual a pessoa vive e se desenvolve. A prática dos cuidados de enfermagem necessita focalizar a intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente (OE, 2001). Considera-se o ambiente do Departamento de Pedopsiquiatria, onde a pessoa vive e se desenvolve num determinado período da sua vida e que condiciona e influencia o estilo de vida que tem repercussões no conceito de saúde (OE, 2011a).

O ambiente terapêutico é onde se desenvolvem as atividades de enfermagem (Potter & Perry, 2006) e é essencial na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde mental. Este não se resume apenas ao meio físico e ao que o envolve, mas também a todo o trabalho multidisciplinar (Santos, 2001).

As suas finalidades prendem-se com: oferecer à pessoa um ambiente social estável e coerente (Townsend, 2011), limitar o comportamento perturbador e desadaptado, e ensinar habilidades psicossociais (Abroms s.d. citado por Townsend, 2011).

Este ambiente deve ser seguro, sendo a segurança da pessoa a principal preocupação; iluminado; favorecedor da implementação de terapias e privacidade (Potter & Perry, 2006). Mas quando direcionamos para a prática especializada de saúde mental outros aspetos são de salientar, tais como: ser um ambiente conservador, acolhedor, confortável, adequado, reequilibrado, proporcionador de interações nas quais se valorizam a vertente humana, e por isso que fomente a socialização. Deve ser um ambiente seguro que torne provável a adesão ao tratamento e à recuperação, no qual a equipa multidisciplinar durante a intervenção terapêutica demonstre coesão e detentora de capacidades e competências para desenvolver o processo de assistência à pessoa, considerando-a em todas as dimensões (Santos, 2001).

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EESMP face à adaptação às situações de vida e à condição de saúde mental, identifica as necessidades

específicas do cliente ao nível da funcionalidade orgânica, psíquica e social (OE, 2011a).

Durante a prática clínica especializada de saúde mental no *setting* clínico identificou-se o comportamento interativo enquanto área de atenção relevante para a enfermagem. Em linguagem CIPE 2.0 significa relacionar e agir com os outros, que se verifica estar comprometido em adolescentes com características comportamentais descritas anteriormente, na sequência da alteração da sua saúde. Face a estas alterações identificou-se o diagnóstico de enfermagem: comportamento interativo comprometido (OE, 2011b).

Quando se pretende inovar em saúde e particularmente no âmbito da Enfermagem, importa considerar a pertinência da intervenção, a sua adequação à realidade, a utilização de técnicas próprias da profissão no sentido de racionalizar os recursos e a medição dos resultados em saúde.

Face ao diagnóstico de enfermagem enunciado, propõe-se construir uma intervenção efetiva dando resposta à necessidade identificada. Na ausência de intervenções efetivas, é provável que o padrão de comportamento continue e se transforme em padrões mais graves e resistentes de comportamento não adaptativo (Del Prette & Del Prette, 2009). Estabelece-se como intervenção de enfermagem: aplicar treino de habilidades sociais (THS). Este é referido por vários autores como a estratégia psicossocial mais eficaz e amplamente utilizada no tratamento da esquizofrenia (Favrod & Maire, 2014; Mueser, 1997 citado por Caballo, 2008; Townsend, 2011), a par das estratégias farmacológicas e psicológicas (OMS, 2002).

3.1. CONSTRUÇÃO DA INTERVENÇÃO

Neste subcapítulo apresenta-se a intervenção – THS – de acordo com as premissas para uma intervenção efetiva. Para garantir a efetividade de uma intervenção é necessário respeitar os requisitos e atributos das intervenções de enfermagem efetivas, que são os seguintes: ter uma base teórica conceptual; uma estreita relação com os resultados esperados; ser adequado às características dos clientes-alvo e ao contexto; definir as

características dos executores; e definir as características da intervenção (Conn, Rantz, Wipke-Tevis & Maas, 2001).

Objetivo:

- Desenhar uma intervenção efetiva da esfera autónoma do EESMP para capacitar os adolescentes no estabelecimento de relações sociais com os outros.

3.1.1. Base teórica conceptual

A utilização de uma linguagem padronizada para documentar a prática clínica permite comparar e avaliar intervenções efetivas (McCloskey & Bulechek, 2004). Assim opta-se por utilizar a CIPE que visa uniformizar conceitos e catalogar diagnósticos de Enfermagem, resultados e intervenções, criando uma terminologia comum a todos os enfermeiros.

Como já referido anteriormente determina-se como foco de atenção o comportamento interativo, cujo público-alvo é a pessoa definida no metaparadigma de enfermagem.

A intervenção desenhada é baseada na Teoria de Peplau. Preconiza-se que seja estabelecida a relação terapêutica, para que o enfermeiro possa ajudar a pessoa, e em conjunto reconhecer, esclarecer e definir o problema existente; intervir para que a mesma desenvolva capacidades/recursos para resolver o problema, recorrendo ao enfermeiro quando necessário, e finalmente quando for capaz de usar esses recursos, a relação terapêutica termina (George, 2000).

A par desta teoria fundamenta-se esta intervenção recorrendo também à área de conhecimento da Psicologia, em particular ao modelo teórico da Aprendizagem Social de Bandura (Loureiro, 2011).

No seu modelo teórico, Bandura diz-nos que a maior aprendizagem é feita pela observação daqueles que lhe são significativos e das respetivas consequências. No caso das crianças e adolescentes, a modelação é feita pela observação dos pais e dos pares, tomando-os como referências nas relações interpessoais estabelecidas. Podendo as

respostas serem reforçadas ou punidas. A prática e o reforço demonstram ser elementos importantes para produzir comportamentos que foram aprendidos (Loureiro, 2011).

À semelhança de Peplau, o foco central do modelo teórico de Bandura é a interação que decorre entre a situação observada e os processos cognitivos. Desta surge a aprendizagem, na qual os mecanismos de regulação são os processos cognitivos (Loureiro, 2011).

Verifica-se que estes são importantes na aprendizagem, porém a forma de esta ser validada é através do comportamento a que Bandura utiliza para teorizar a autoeficácia.

Nesta teoria, Bandura postula que os processos cognitivos são importantes para a mudança, contudo esta só é mais eficaz caso se verifiquem experiências de sucesso do desempenho. Quanto à expectativa de autoeficácia, esta diz respeito à crença acerca da capacidade para desempenhar com sucesso determinado comportamento e é considerada como o mecanismo central das ações humanas realizadas intencionalmente (Del Prette & Del Prette, 1999 citado por Loureiro, 2011).

A complementaridade da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau e do modelo teórico da Aprendizagem Social de Bandura demonstra a sua utilidade na aplicação do THS. Primeiro pelo estabelecimento da relação terapêutica da qual surge uma experiência de aprendizagem mútua (Stuart & Laraia, 2001), e o segundo pela modelação que constitui a estratégia terapêutica fundamental na maioria dos programas de THS (Del Prette & Del Prette, 2009).

As intervenções efetivas só são possíveis quando a base conceptual é claramente relevante para determinado problema (Conn et. al., 2001).

3.1.2. Relação da intervenção com os resultados esperados

Uma pesquisa completa e descritiva fornece a base para o desenvolvimento de uma intervenção (Conn et. al., 2001).

Na tentativa de realizar uma revisão sistemática da literatura verifica-se que a investigação no âmbito da pedopsiquiatria, relativamente à aplicação do THS em adolescentes com esquizofrenia e seus resultados é escassa. Porém, a comparação da intervenção proposta com intervenções semelhantes em que a população-alvo é

semelhante ou diferente pode trazer conhecimento sobre o potencial da eficácia da intervenção. De igual forma, a experiência de peritos na área é também valiosa para desenhar intervenções efetivas (Conn et. al., 2001).

Na literatura verifica-se que a sintomatologia em adolescentes com patologia do espectro do autismo e esquizofrenia, ao nível do funcionamento social é idêntica (Laugeson, Frankel, Gantman, Dillon & Mogil, 2012; Herbrecht, Poustka, Birnkammer, Duketis, Schlitt, Schmotzer, & Bolte, 2009). Assim, apesar da população-alvo dos estudos encontrados ser diferente da procurada, tomam-se os mesmos como sustentação da intervenção desenhada, uma vez que a proposta desta é semelhante.

Relativamente ao comportamento interativo verifica-se uma relação positiva entre as habilidades de conversação, incluindo a comunicação verbal e não-verbal; a cognição social; e o nível cognitivo com o nível de funcionamento social (Laugeson, Frankel, Gantman, Dillon & Mogil, 2012; Herbrecht, Poustka, Birnkammer, Duketis, Schlitt, Schmotzer, & Bolte, 2009).

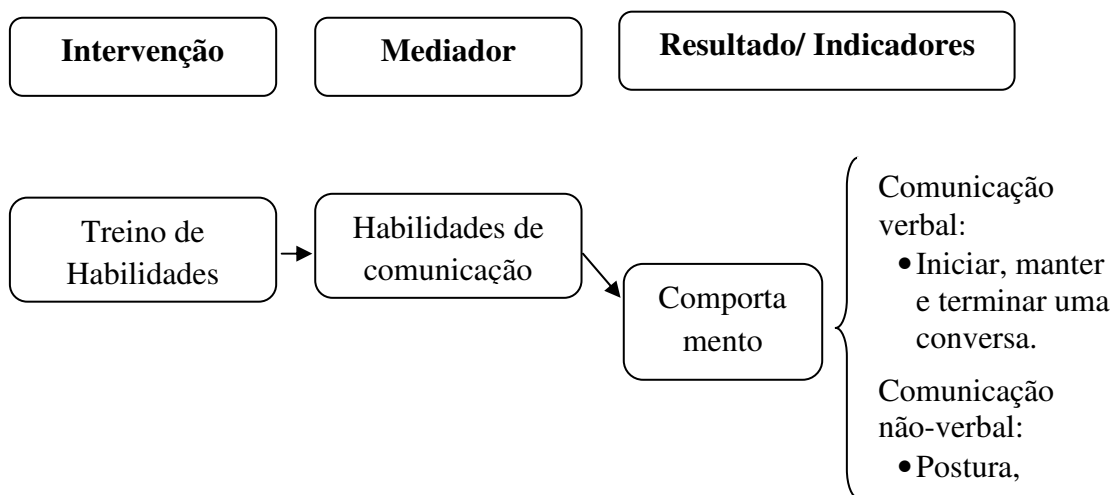
QUADRO 7 - Resultados de Programas/Intervenções de THS

Autor	Desenho do estudo	Objetivos	Participantes	Resultados
Laugeson, E. A., Frankel, F., Gantman, A., Dillon A. R., Mogil C. (2012)	Estudo quase experimental com grupo de controlo	Analisar a eficácia e durabilidade do Programa PEERS (intervenção em grupo de adolescentes com alto funcionamento da patologia autista).	28 adolescentes com autismo, com idades entre os 12 e 17 anos.	O Programa: melhora o conhecimento sobre habilidades sociais, a capacidade de resposta social, as habilidades sociais gerais: comunicação social, cognição social, consciência social, motivação social, afirmação, cooperação e responsabilidade; diminui os maneirismos autistas; e aumenta a frequência de interações entre os pares.
Herbrecht, E., Poustka, F., Birnkammer, S., Duketis, E., Schlitt, S., Schmotzer, G., Bolte, S. (2009)	Estudo quase experimental sem grupo de controlo	Avaliar a eficácia de uma intervenção com o objetivo de melhorar as habilidades sociais e de comunicação em adolescentes e crianças com patologia autista. Examinar a eficácia da intervenção num grupo em regime ambulatório de crianças e adolescentes com autismo sobre as habilidades sociais.	Crianças e adolescentes com scores de QI > 70 e linguagem funcional. Idades entre os 8-13anos e 13-19anos.	A intervenção pode ser útil para melhorar as habilidades de funcionamento social. Não houve uma melhoria significativa das habilidades de conversação e interação. Houve uma relação linear positiva entre o QI e as capacidades verbais. Crianças com problemas de comunicação mais acentuados beneficiam da intervenção.

Diversos estudos revelam que o THS em pessoas com esquizofrenia melhora as suas competências sociais que conseqüentemente melhoram o nível de funcionamento social, a qualidade de vida e reduzem a taxa de re-internamentos (Coelho & Palhas, 2006; Vyskocilova & Prasko, 2012).

A relação entre a intervenção e os resultados esperados envolve diversas variáveis, porém o nosso enfoque é as habilidades de comunicação, conforme esquema da figura 1.

FIGURA1 – Relação entre a intervenção e os resultados esperados



3.1.3. Adequação da intervenção às características dos clientes-alvo e ao contexto

O desenvolvimento de intervenções apropriadas à população e culturalmente sensíveis aumentam os potenciais efetivos das mesmas (Conn et. al., 2001).

O quadro conceptual e o problema determinam o alvo da intervenção (Conn et. al., 2001). Como clientes-alvo considera-se os adolescentes com diagnóstico médico de esquizofrenia e diagnóstico de enfermagem: comportamento interativo comprometido.

Antes da aplicação da intervenção identificam-se os défices das habilidades sociais (Caballo, 2008) dos adolescentes respondendo às questões *screening* de avaliação diagnóstica apresentadas no quadro 8.

QUADRO 8 – *Screening* de avaliação diagnóstica

Questões <i>screening</i>	Avaliação	
	Sim	Não
1- A pessoa está sozinha?		
2- Interage pontualmente com os outros?		
3- É incapaz de iniciar uma conversa com os outros?		
4- Deseja amigos/as ou relações mais íntimas?		

Caso as respostas a todas estas questões sejam positivas considera-se que o adolescente reúne critérios para participar no THS. Preconiza-se também que este se encontre em fase aguda, com tratamento farmacológico instituído e com atividade delirante e alucinatória diminuída. Na fase residual, os adolescentes tendem a isolar-se, e assim é mais fácil lidar com os mesmos comparativamente com a fase de descompensação psicótica (Coelho & Palhas, 2006).

Salienta-se que esta intervenção é passível de ser modificada de forma a responder às necessidades individuais de cada adolescente, tais como: défices de memória, de atenção, cognitivos, comportamentais, e défices na capacidade de concentração (Bursztejn, 2005). O ajuste pode ser feito através do aumento ou diminuição do tempo previsto para a realização da sessão, da seleção dos conteúdos e das atividades a desenvolver. As intervenções mais eficazes são aquelas que podem ser combinadas de acordo com as características individuais da pessoa (Conn et. al., 2001).

O THS pode ser desenvolvido como uma intervenção grupal ou individual (Cabalo, 2008; Del Prette & Del Prette, 2009; Loureiro, 2011). Cada uma destas abordagens tem as suas vantagens e inconvenientes, contudo numa fase inicial preconiza-se que a intervenção seja individual porque permite: a observação contínua, e uma constante reavaliação da eficácia particular das atividades definidas a aplicar; em focar nos défices particulares da pessoa, podendo ajustar o conteúdo da intervenção, e observar a evolução das habilidades; e finalmente as variações apresentadas pela mesma não passam despercebidas (Caballo, 2008).

Vários estudos indicam que o THS pode ser aplicado em diversos *settings* (Kopelowicz, Liberman & Zarate, 2006). As características individuais do adolescente interferem na

aquisição, melhoria e manutenção das habilidades sociais, determinando a necessidade de prolongar as sessões. Assim o treino deve estar sempre disponível quer sob a forma de sessões de apoio quer como manutenção, visto as competências se desenvolverem e mudarem com o tempo (Caballo, 2007).

Esta intervenção deve ser desenvolvida num *setting* clínico porque numa fase inicial o ambiente deve ser controlado e protegido (ambiente terapêutico), de forma a proporcionar rituais que tornam as intervenções securizantes. Ainda assim a forma como esta intervenção está construída permite que a mesma seja aplicada em contexto comunitário, no sentido de dar resposta à abordagem de Saúde Mental Comunitária que cada vez mais dá ênfase à manutenção da pessoa com doença mental grave na respetiva comunidade residencial, promovendo a autonomia e inserção social (Ministério da Saúde, 2008).

3.1.4. Definição das características dos executores

Os executores da intervenção podem ser apenas EESMP. As intervenções desenvolvidas por profissionais competentes e com formação na área revelam-se mais efetivas (Conn et. al., 2001).

Para a aplicação da intervenção os executores devem ser informados sobre os objetivos da intervenção, a sua base teórica conceptual, os resultados esperados, e os procedimentos a ter em relação à sua implementação.

Os adolescentes com comportamento interativo comprometido demonstram défices marcados nas habilidades sociais, que conseqüentemente traduzem relacionamentos sociais ineficazes (Bellack, Mueser, Gingerich & Agresta (1997) citado por Coelho & Palhas (2006). O comportamento social engloba um conjunto de ações, atitudes e pensamento que a pessoa apresenta relativamente aos outros com quem interage, e em relação a si próprio, no qual é necessário deter autoconhecimento e assertividade (Loureiro, 2011). Estas são duas das competências comuns dos enfermeiros especialistas, no domínio das aprendizagens profissionais conforme o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (nº122/2011). Particularmente, no âmbito da ESMP o enfermeiro é aquele que manifesta perícia ao nível das relações

interpessoais, uma vez que utiliza esse saber e a si próprio como ferramenta terapêutica na interação com os outros. Neste sentido serve como modelo nas interações sociais positivas.

A natureza da intervenção exige que os executores tenham experiência mínima de dois anos em cuidados de ESMP, mais especificamente na adolescência, e experiência prévia de supervisão, possuam conhecimentos teóricos sobre o comportamento interativo e a sua operacionalização através do THS.

As competências do EESMP são fundamentais na medida em que através de psicoterapias e socioterapias é possível aumentar o *insight* da pessoa, permitindo elaborar novas razões para o problema; facilitar respostas adaptativas que permitam à pessoa recuperar a sua saúde mental; e ajuda-la a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os défices por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida (Regulamento n.º 129/2011).

3.1.5. Caracterização da intervenção

Em situações de défices ou dificuldades interpessoais, o THS é uma forma de intervenção com o propósito de desenvolver o repertório de habilidades sociais maximizando as relações positivas em situação de interação social (Loureiro, 2011).

Antes de implementar uma intervenção é necessário ter em consideração quais os objetivos que se pretendem atingir. Assim inicia-se o THS pela identificação conjunta com a pessoa, das áreas específicas nas quais tem dificuldades (Caballo, 2008). Nos casos específicos, em que os programas de THS são aplicados a crianças e adolescentes com perturbações mentais espera-se que os mesmos sejam aceites no grupo de amigos e que haja um aumento da satisfação nas interações sociais (Lewis, 1995).

Pela multiplicidade de aspetos que podem ser trabalhados no THS, o número de sessões é variável desde 2 a 3 sessões, ou 1 a 7 sessões por semana (Caballo, 2007; Coelho & Palhas, 2006) com período de duração entre 30 a 90 minutos ou 2 horas (Coelho & Palhas, 2006; Loureiro, 2013), podendo ocorrer durante 4 ou 6 meses (Loureiro, 2013). Vários autores salientam os benefícios para treinos com curtos espaços de tempo entre

as sessões por minimizar o esquecimento, e permitir uma rápida aquisição e generalização das habilidades, aumentando a sua durabilidade (Lieberman e col., 1989 citado por Coelho & Palhas, 2006; Caballo, 2007).

Relativamente à dinâmica das sessões, esta é variável. Na primeira sessão é fundamental estabelecer-se o primeiro contacto, apresenta-se o que se pretende com a intervenção, estabelece-se as primeiras relações interpessoais, e normas de confidencialidade e de compromisso de participação no THS (Loureiro, 2013).

As sessões intermédias decompõem-se em três momentos: momento inicial, em que é feito um resumo da sessão anterior e apresentam-se os trabalhos de casa procedendo à sua correção. O momento de desenvolvimento da sessão propriamente dita, no qual se desenvolvem as atividades planeadas previamente, recorrendo às várias técnicas, no sentido de atingir os objetivos propostos. O momento final, em que se realiza um resumo da sessão e da participação da pessoa reforçando o que atingiu e indicando o que se prevê ser alcançado. Estabelece-se o trabalho de casa e dá-se por encerrada a sessão (Loureiro, 2013).

A progressão do treino deve ser gradual e focar-se nas pequenas unidades de comportamento. A componente educacional centra-se na representação de papéis, na qual são selecionados cenários breves e situações semelhantes às quais o adolescente vivencia no seu dia-a-dia. O enfermeiro pode servir de modelo para alguns comportamentos e o progresso focaliza-se nas necessidades e limitações (Townsend, 2011).

As técnicas utilizadas no THS são essencialmente comportamentais, mas também podem ser inseridas num paradigma cognitivo e cognitivo-comportamental. Procedem-se em seguida a uma caracterização sucinta das técnicas que podem ser utilizadas:

- Modelagem: a aprendizagem faz-se através da observação do desempenho de outra pessoa (Loureiro, 2013). Na prática clínica, a pessoa cuidada pode imitar o comportamento do profissional responsável pelos cuidados (Townsend, 2011). Tempos de exposição longos ao modelo produzem resultados mais positivos (Caballo, 2008).

- *Role playing*: atribui-se um papel à pessoa para que o desempenhe ou represente. O enfermeiro deverá fornecer informação sobre o comportamento esperado, demonstrar aceitação pela participação da pessoa, e reforçar o esforço manifestado (Loureiro, 2013).
- Reforço: serve para adquirir novos comportamentos, recompensando aproximações sucessivas, como para aumentar determinados comportamentos adaptativos (Caballo, 2008). Durante todas as sessões esta técnica demonstra-se útil, com o objetivo de reforçar a mudança, inicia-se a sessão com o reforço dos aspetos positivos desenvolvidos, e posteriormente passa-se para os negativos (Loureiro, 2013).
- Trabalhos de casa: são a parte essencial do THS (Caballo, 2008). Permitem à pessoa, generalizar em contexto de vida diária o que foi aprendido nas sessões. Estas tarefas permitem iniciar e finalizar as sessões (Loureiro, 2013).
- Ensaio comportamental: é o procedimento mais utilizado no THS (Caballo, 2008). Permite o desenvolvimento de novos comportamentos de modo a encontrar formas mais efetivas de enfrentar situações problemáticas da vida real. Simulam-se situações reais relacionadas com um problema recente ou que se possa verificar num futuro próximo. Tem a vantagem de se observar diretamente o comportamento da pessoa (Loureiro, 2013). Para uma situação, o número apropriado de ensaios de comportamento varia entre três a dez (Caballo, 2008).
- *Feedback*: proporciona informação, que deve ser detalhada, positiva e direta, e promove o entendimento sobre o modo como a pessoa levou a cabo determinado comportamento (Loureiro, 2013). Dá informação à pessoa sobre como é vista pelos outros (Townsend, 2011).
- Dessensibilização sistemática: a pessoa pode superar a ansiedade mal adaptativa provocada por uma situação ou objeto através da aproximação gradual às situações ou objetos temidos, num estado psicofisiológico que iniba a ansiedade (Loureiro, 2013).
- Técnica de resolução de problemas: é um processo cognitivo-comportamental estruturado, cujo fim é encontrar uma solução eficaz para uma determinada situação

que no momento é encarada como fonte de *stress* ou como problemática. Depois de encontrada uma resposta possível ao problema, vai colocá-la em prática, sendo este o resultado de todo o processo de resolução de problemas (Loureiro, 2013).

- Técnica de reestruturação cognitiva: tem como principal objetivo corrigir ou substituir crenças que impedem o funcionamento social (Loureiro, 2013).
- Instruções/Ensino: as instruções fazem parte de um conjunto de informações que para além dos aspetos específicos e gerais dos programas de treino, abarcam explicações claras e objetivas de como a pessoa se deve comportar numa situação específica de relação interpessoal. O ensino, também denominado feedback corretivo, consiste na informação dada à pessoa acerca de como foi o seu comportamento tendo em conta critérios pré estabelecidos (Loureiro, 2013).

A avaliação do THS deve ser contínua e realizada em quatro momentos: antes, durante, após a intervenção e na fase de acompanhamento pós intervenção (Caballo 2008).

Antes da intervenção identificam-se os défices ao nível das competências sociais, sendo fundamental ir do geral para o específico através de questões. Em primeiro lugar fazem-se questões ao adolescente, às pessoas próximas e aos que lhe prestam cuidados. Após identificar quais as áreas problemáticas, pode-se realizar uma avaliação mais específica dos défices das habilidades sociais através da representação de papéis (Caballo, 2008).

Quando se implementa o THS, executa-se também uma avaliação durante a intervenção na qual se analisa o comportamento. Verificam-se alterações que conseqüentemente minimizam os défices de funcionamento social e se o adolescente é capaz de avaliar os seus progressos. Este momento de avaliação permite perceber se a intervenção está adequada ou se necessita de pequenas alterações para mudar a intervenção. Finalmente após a intervenção identifica-se as alterações de comportamento comparativamente com o início da intervenção (Caballo, 2008). Nesta fase poder-se-á colocar novamente as questões *screening* para estabelecer o diagnóstico de enfermagem após a intervenção e demonstrar os ganhos em saúde, apresentados no quadro 9.

QUADRO 9 – Avaliação diagnóstica e estratificação do diagnóstico

Questões <i>screening</i>								Resultado	Diagnóstico de enfermagem
1		2		3		4			
Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não		
x		x		x		x		✓ 4 respostas afirmativas	Comportamento interativo comprometido, em grau elevado
x		x		x			x	✓ 3 respostas afirmativas e 1 negativa ✓ 2 afirmativas e 2 negativas	Comportamento interativo comprometido, em grau moderado
x		x			x	x			
	x		x	x		x			
x		x			x		x		
	x		x		x	x		✓ 3 respostas negativas e 1 afirmativa	Comportamento interativo comprometido, em grau reduzido
	x		x		x		x	✓ 4 respostas negativas	

A sistematização da prática clínica permite ao enfermeiro mobilizar vários saberes e integrá-los na prática clínica, contribuindo para um exercício de excelência (Sequeira, 2006). Assente no juízo de Enfermagem estabelecem-se intervenções de enfermagem através da CIPE versão 2.0, NIC e NOC (McCloskey & Bulechek, 2004) para cada diagnóstico de forma a uniformizar a prática, observe-se o quadro 10. Porém salienta-se que o parecer clínico e a tomada de decisão do enfermeiro são sempre essenciais para a prestação de cuidados individualizados aos doentes e às respetivas famílias (Conselho Internacional de Enfermagem, 2009). Neste sentido cada enfermeiro deverá refletir sobre a intencionalidade das suas intervenções durante a prática clínica, de forma a adequar as mesmas às necessidades da pessoa. Isto é, importa aferir de que forma é que as suas intervenções vão resolver ou minimizar a possibilidade de ocorrência do diagnóstico de enfermagem.

QUADRO 10 – Intervenções de enfermagem definidas para cada diagnóstico

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem
Comportamento interativo comprometido, em grau elevado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicar THS: Atividades: <ul style="list-style-type: none"> - Ajudar a pessoa a identificar problemas interpessoais resultantes de deficiências sociais de habilidades sociais; - Auxiliar a pessoa a identificar etapas comportamentais para a habilidade social que é o seu alvo; - Oferecer modelos que demonstrem as etapas comportamentais no contexto social da pessoa; - Ajudar a pessoa a desempenhar o papel nas etapas comportamentais; - Encorajar a pessoa a desenvolver relações; - Auxiliar a pessoa a aumentar a percepção dos pontos fortes e as limitações na comunicação com os outros; - Utilizar o <i>role-playing</i> para praticar as habilidades de comunicação. ✓ Supervisionar o comportamento interativo.
Comportamento interativo comprometido, em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicar THS; ✓ Assistir no comportamento interativo: Atividades: <ul style="list-style-type: none"> - Orientar a pessoa durante a relação interpessoal; - Proporcionar experiências de comunicação verbal; - Desenvolver dinâmicas de grupo para treinar as aprendizagens adquiridas. ✓ Supervisionar o comportamento interativo.
Comportamento interativo comprometido, em grau reduzido	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicar THS; ✓ Incentivar o comportamento interativo: Atividades: <ul style="list-style-type: none"> - Encorajar maior envolvimento nas relações já estabelecidas; - Encorajar a pessoa a mudar de ambiente; - Encorajar a pessoa a autoavaliar os resultados das suas interações interpessoais e autocompensar por resultados positivos. ✓ Supervisionar o comportamento interativo.

Na fase de acompanhamento pós intervenção, a avaliação permite perceber se as mudanças se mantêm, se são efetivas e se houve a possibilidade de generalização a

outros contextos de vida diária, possibilitando avaliar a eficácia do programa e o impacto do mesmo na vida da pessoa (Caballo, 2008).

3.2. RESUMO DA INTERVENÇÃO

A construção de uma intervenção efetiva no âmbito das habilidades sociais surge da necessidade em dar resposta aos adolescentes que manifestam comportamento interativo comprometido. Embora esta também permita padronizar a nomenclatura das intervenções de enfermagem (McCloskey & Bulechek, 2004).

A revisão da literatura contribuiu para a base conceptual da intervenção, identificar quais os fatores relacionados com os resultados e áreas de intervenção a considerar na aplicação da intervenção, bem como identificar características necessárias ao executor da intervenção.

A intervenção foi desenhada com base na Teoria de Peplau e no modelo de Aprendizagem Social da Bandura, com uma componente comportamental cujo objetivo é proporcionar a mudança de comportamento através da relação terapêutica. A forma como esta foi desenhada favorece a que seja especificamente o EESMP a implementar a intervenção.

A definição da população-alvo e do contexto em que a intervenção deve ser desenvolvida favorece a sua aplicabilidade. A padronização da avaliação diagnóstica permite uniformizar os critérios para integrar a população na intervenção. Definiu-se que a população-alvo são os adolescentes que manifestam comportamento interativo comprometido em contexto clínico.

A natureza da intervenção passa por definir qual o objetivo da mesma, estabelecer o número, a duração e a periodicidade das sessões; quais as técnicas escolhidas pelo EESMP a utilizar na implementação da intervenção, e proceder a uma avaliação contínua da mesma.

3.3. TREINO DA CAPACITAÇÃO SOCIAL EM CONTEXTO CLÍNICO – SOCIAL MENTE

Neste subcapítulo pretende-se dar a conhecer como foi desenvolvida a intervenção THS na prática clínica, designada por Social Mente.

Objetivo:

- Descrição da intervenção desenvolvida em contexto clínico.

Em contexto clínico não foi possível implementar todas as premissas estabelecidas para a efetividade desta intervenção. Em primeiro lugar surgiu a barreira tempo, pelo que o número de sessões desenhadas foram apenas 4, como se pode observar no quadro 11.

QUADRO 11 – Sessões da intervenção

Sessão 1	Olá! Começo a conversar.
Sessão 2	Um olhar para conversar.
Sessão 3	Quero contar-te um segredo.
Sessão 4	Obrigada! Termina a conversar.

O objetivo geral da aplicação do THS foi melhorar o nível de funcionamento social através da capacidade de comunicar (comunicação verbal) durante as relações interpessoais. Os sintomas característicos de esquizofrenia traduzem disfunções cognitivas e emocionais responsáveis por uma dimensão psicótica, que inclui: alterações da perceção, pensamento inferencial, alterações da linguagem e na comunicação, assim como na monitorização comportamental (Coelho & Palhas, 2006). Dado que a linguagem faz parte do nosso sistema de comunicação sendo fundamental nas interações humanas (Cruz, Rocha & Santos, s.d.), e conhecendo as alterações a este nível em adolescentes com esquizofrenia, considera-se necessário direcionar uma intervenção. As perturbações encontradas ao nível da comunicação verbal e não-verbal em pessoas com esquizofrenia têm uma forte correlação com o funcionamento psicossocial (Cruz, Rocha & Santos, s.d.).

Entre a comunicação verbal e não-verbal considera-se que o tempo necessário para trabalhar a primeira é menor que a segunda, assim a aplicação da intervenção foi planeada num período de tempo inferior ao preconizado pela literatura.

Refletindo sobre o benefício e malefício da aplicação desta intervenção considerou-se que entre não aplicar a intervenção e a ética não maléfica opta-se pela última. O seu planeamento foi centrado no adolescente, e a aplicação foi sujeita à validação de peritos na área, neste caso do Enfermeiro Chefe do Departamento e da Enfermeira Tutora, EESMP, com experiência na área de pelo menos 2 anos. A oportunidade e a intencionalidade terapêutica permitiram considerar que as alterações de comportamento surgidas da aplicação da intervenção possam ser considerados ganhos em saúde.

Tendo em conta a população-alvo e o contexto procedeu-se à aplicação do THS de seguinte forma: as sessões foram desenvolvidas em dias consecutivos à mesma hora, durante 45 minutos, pois o impacto da intervenção demonstra-se positivo quando o espaço de tempo entre as sessões é curto (Caballo, 2007; Coelho & Palhas, 2006). A opção de organizar as sessões desta forma prendeu-se com os constrangimentos do ambiente, ambiente este terapêutico que diz respeito a todo um conjunto de aspetos como foi referido anteriormente. Articulou-se o THS com a dinâmica do serviço e com a disponibilidade de um espaço físico. Foi necessário ter em consideração qual o período do dia mais benéfico para o adolescente, e a dinâmica do serviço. Definiu-se as 10 horas da manhã uma vez que os níveis de atenção e concentração eram superiores em relação aos restantes períodos do dia pela existência de atividades. Também neste período, a probabilidade de perturbação de elementos externos era reduzida, uma vez que os restantes adolescentes se encontravam a desenvolver atividades na sala da animadora artística.

Quanto ao ambiente físico, escolheu-se um gabinete médico que naquela hora estava disponível e reunia todo um conjunto de aspetos favoráveis ao desenvolvimento da intervenção. Era um ambiente conhecido pelo adolescente, acolhedor, confortável, com luz natural, cores neutras, e com espaço suficiente caso o adolescente quisesse manter uma distância social.

O organização previsível de tempo e espaço, a constância da intervenção, da equipa e do ambiente permitiu ao adolescente sentir-se seguro. Estes aspetos fazem parte da

estrutura do ambiente terapêutico, e que levam o adolescente a sentir-se responsável pelo comportamento e suas consequências (Stuart & Laraia, 2001).

Outro aspecto que não poderia deixar de ser mencionado e que demonstra a sua importância no estabelecimento do ambiente terapêutico é a definição de objetivos comuns na equipe multidisciplinar: a reinserção social efetiva do adolescente. A coesão da equipe e a revelação de competências para desenvolver o processo de assistência ao adolescente é fundamental o que proporciona segurança ao mesmo (Santos, 2001). O estabelecimento do ambiente terapêutico ajudou a adolescente a tornar-se consciente do ambiente social e interagir com ele.

Foi possível aplicar o THS na sua totalidade a uma das jovens que reunia os critérios de inclusão. Inicia-se com um momento de avaliação do THS no qual são identificados os défices ao nível da funcionalidade social. Nesta primeira fase foi analisada a forma como a adolescente se relacionava com os outros, e a mesma apercebeu-se que consegue estar em grupo embora não estabeleça interação com o mesmo. Apenas comunica com os outros quando necessita de ajuda, ou necessita de opinião para as suas atividades de vida diária e não é capaz de manter uma conversação. Em conjunto definiu-se o problema e reconheceu-se que é importante trabalhar sobre o mesmo, propôs-se desenvolver o THS que a adolescente aceitou.

Nesta fase identifica-se o diagnóstico de enfermagem já referido anteriormente e estabeleceram-se os objetivos, geral e específicos do THS centrados na necessidade da adolescente, como se pode observar no quadro 12.

QUADRO 12 – Objetivos da intervenção

Objetivo Geral	Melhorar o nível de funcionamento social
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Praticar interação humana; • Praticar comportamento social; • Instruir sobre capacidade para comunicar; • Promover o comportamento interativo; • Promover o bem-estar social; • Desenvolver comportamentos prossociais; • Ser capaz de iniciar, manter e terminar uma conversa com os outros.

Antes da aplicação do THS foram escolhidas as técnicas possíveis de serem utilizadas e opta-se por aquelas que se enquadram num paradigma comportamental uma vez que demonstram ser mais efetivas nos adolescentes (Del Prette & Del Prette, 1999 citado por Loureiro, 2013). Assim as escolhidas foram a modelagem porque se revela mais efetivo quando o enfermeiro tem idade próxima e é do mesmo sexo que o observador; o *role playing* porque permite atribuir um papel à pessoa para que o desempenhe ou represente; o reforço porque se demonstra eficaz na mudança comportamental; e os trabalhos de casa porque permitem à pessoa praticar os novos padrões de comportamento em privado, sem limitações de tempo ou espaço, no qual detém um maior autocontrolo (Loureiro, 2013).

Para o desenvolvimento dos trabalhos de casa foi estabelecida parceria com a equipa multidisciplinar, nomeadamente com a animadora artística. Esta apresenta uma relação de proximidade com os adolescentes e desenvolve atividades lúdicas fazendo com que os adolescentes estejam em grupo. Considerou-se que seria um momento propício e de confiança para a adolescente praticar as aprendizagens obtidas nas sessões. Nesta fase a adolescente desenvolveu uma aprendizagem construtiva no sentido de desenvolver respostas independentemente das apresentadas e trabalhadas durante o THS.

As sessões intermédias foram iniciadas e terminadas com os trabalhos de casa, dando primeiramente o *feedback* positivo e após uma reflexão conjunta sobre os aspetos menos positivos, deixou-se a adolescente propor a correção e/ou melhoria. Em seguida foram abordados os conteúdos previamente planeados, pela seguinte ordem: 1) questões

gerais, específicas e de sentimentos; 2) abordagem inicial na interação com o outro (comunicação verbal e não-verbal); 3) os diferentes níveis de intimidade e sua aplicação na interação social; e 4) terminar uma conversa de forma assertiva.

Na exploração dos temas abordados considera-se pertinente referir que a aplicação das técnicas do THS foi sequencial: primeiro a modelagem e depois o *role playing*. Pelo fato da adolescente apresentar falta de iniciativa e criatividade, e dependência na relação terapêutica. As situações escolhidas para desenvolver o *role playing* foram as mais próximas possíveis do *setting* da adolescente, que neste caso se considerou as vivências no Departamento. Tal como foi referido anteriormente é fundamental nesta fase que o ambiente seja protetor e securizante, e para isso as vivências do internamento quer com os restantes jovens quer com a animadora artística eram conhecidas pela adolescente proporcionando-lhe confiança e segurança.

Adotando o modelo de aprendizagem social de Bandura, com a aplicação da técnica de modelagem foi possível demonstrar à adolescente um comportamento social efetivo fazendo-a acreditar que poderia ter um desempenho melhor.

Numa fase inicial do treino a adolescente demonstra uma autoperceção de autoeficácia social que não corresponde ao que é observado. Contudo a participação da jovem no treino e o desempenho de papéis ao longo das sessões permitiu-lhe ajustar as crenças quanto ao comportamento que desenvolve nas interações interpessoais. O confronto com as dificuldades e os obstáculos, como por exemplo não conseguir escolher um tema para conversar com o outro e por isso não consegue manter uma conversa, contribuiu para a consciencialização do problema.

Durante a relação terapêutica, a adolescente trabalhou-a ao máximo no sentido de obter os melhores benefícios. Ao reconhecer o problema e aceitar trabalhá-lo para adquirir mudanças comportamentais que lhe trariam benefícios ao nível do funcionamento social, fez com que aproveitasse na totalidade os cuidados que lhe foram oferecidos. A autoperceção de autoeficácia social levou a recorrer várias vezes ao terapeuta para esclarecer dúvidas sobre como desempenhar determinada tarefa e qual o tema de conversa que haveria de escolher.

A avaliação do THS e a sua progressão foi realizada nos diversos momentos tal como preconizado por Caballo (2008). Foi essencialmente através da observação sistemática

do comportamento da adolescente no desempenho de papéis, tomando como referência os indicadores da comunicação verbal e não-verbal que foram executados esses momentos de avaliação. Construiu-se uma *check list* de forma a facilitar o processo de avaliação e tornar perceptível os ganhos em saúde, apresentada no quadro 13. A construção baseou-se na observação do comportamento descrita anteriormente e no Inventário de Habilidades Sociais de Del Prette.

QUADRO 13 – *Check list* de avaliação

Sessão	Unidades de comportamento	Avaliação	
		Sim	Não
1	Quando se encontra próximo de uma pessoa que gostaria de conhecer tem dificuldade em abordá-la para iniciar uma conversa.	x	
	Inicia a conversa com a outra pessoa com saudação.	x	
	Reconhece aspetos da comunicação não-verbal que pode utilizar para comunicar.	x	
	Consegue fazer uma questão geral, específica e de sentimentos.	x	
	Coloca as questões de forma coerente.		x
	No seu grupo de amigos, fica à vontade e conversa naturalmente.		x
2	Utiliza aspetos da comunicação não-verbal que pode utilizar durante a interação com o outro.	x	
	Estabelece contacto ocular durante a conversação.	x	
	Mantém uma postura próxima durante a interação com o outro.	x	
	Complementa a comunicação verbal com a não-verbal.		x
	Sabe gerir o silêncio.		x
3	Reconhece os níveis de intimidade dos temas que pode conversar com os outros.	x	
	Identifica corretamente com quem pode falar sobre um tema com muita intimidade.	x	
	Consegue escolher um tema para conversar com os outros.		x
	Quando está com uma pessoa que acabou de conhecer, tem dificuldade em manter uma conversa.	x	
	Interrompe conversas sem perceber se o momento é oportuno.	x	
4	É capaz de organizar uma conversa.		x
	Coloca questões de forma a conhecer o outro.		x
	Articula as questões, aproveitando as respostas do outro.		x
	Demonstra <i>feedback</i> durante a conversação.		x
	Tem dificuldade em terminar a sua participação numa conversa, aguarda que seja o outro.	x	
	Termina abruptamente uma conversa.	x	
	No final da conversa despede-se do outro.		x

Após a intervenção verifica-se que ocorreu uma mudança pouco significativa no comportamento interativo da jovem. Se nos focarmos nas pequenas unidades de comportamento, observa-se que consolidou a iniciação de uma conversa, mas não

consegue manter e terminar. Na interação com os outros demonstra maior abertura e disponibilidade.

Na fase de acompanhamento pós-intervenção não mantém uma conversa com aqueles que a rodeiam de forma autónoma. Quando foi incentivada para escolher um tema numa determinada situação, como por exemplo conhecer uma nova colega de escola, a adolescente conseguiu escolher as férias de verão como tema., embora demonstrasse não ser capaz em manter a conversa durante um período de tempo longo. Verificou-se que ainda mantinha a relação terapêutica, previamente estabelecida, e a identificação com quem a tinha ajudado, não sendo capaz de agir por si mesma. Contudo, tendo em conta os défices cognitivos, sociais, e as características pessoais da adolescente, após o THS apresentou um comportamento interativo melhorado.

FIGURA 2 – Desenho da intervenção

Fase I	
Foco de atenção	Comportamento Interativo
Diagnóstico de Enfermagem	Comportamento Interativo Comprometido
Intervenção de Enfermagem	Aplicar THS
Fase II	
Desenho do THS segundo as premissas de uma intervenção efetiva: <ol style="list-style-type: none"> 1) Base teórica conceptual 2) Relação da intervenção com os resultados esperados 3) Adequação da intervenção às características dos clientes-alvo e ao contexto 	<ul style="list-style-type: none"> • Teoria das Relações Interpessoais de Peplau. • Modelo da aprendizagem social de Bandura. • Sintomatologia em adolescentes com patologia do espectro do autismo e com esquizofrenia, ao nível do funcionamento social é idêntica; • Programas de THS melhoram o conhecimento sobre habilidades sociais, a capacidade de resposta social, as habilidades sociais gerais; • A intervenção (THS) pode ser útil para melhorar as habilidades de funcionamento social; • Crianças com problemas de comunicação mais acentuados beneficiam da intervenção. • Responder às questões <i>Screening</i> de avaliação diagnóstica; • Ajuste da intervenção de acordo com as

4) Definição das características dos executores

características individuais: défice de memória, de atenção, cognitivo, comportamental, e défice na capacidade de concentração;

- Aplicável em *setting* clínico, com possibilidade de aplicação em *setting* comunitário.

- EESMP;

- Experiência mínima de dois anos em cuidados de ESMP, mais especificamente na adolescência;

- Experiência prévia de supervisão;

- Deter conhecimentos teóricos sobre o comportamento interativo e a sua operacionalização através do THS

- Ser informados sobre os objetivos da intervenção, a sua base teórica conceptual, os resultados esperados, e os procedimentos a ter em relação à sua implementação.

5) Caracterização da intervenção

- Qual o objetivo que se pretende atingir;

- N.º de sessões: desde 2 a 3 sessões, ou 1 a 7 sessões por semana, com duração entre 30 a 90 minutos ou 2 horas, num período de 4 ou 6 meses;

- Primeira sessão: estabelecer o primeiro contacto, apresentar o que se pretende com a intervenção, estabelecer as primeiras relações interpessoais e compromisso de participação no THS;

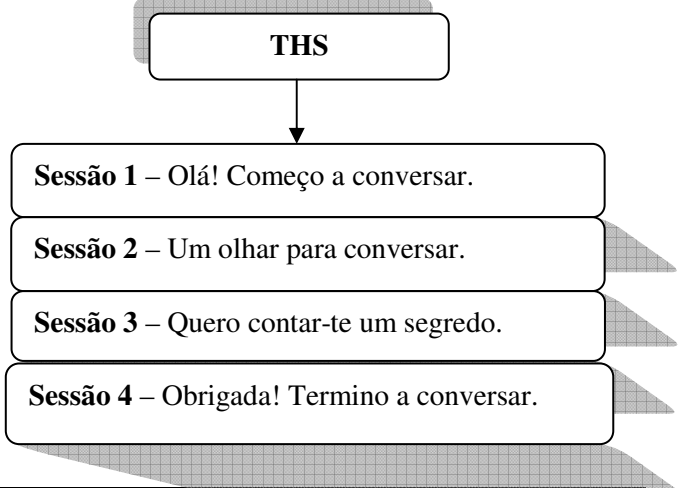
- Sessões intermédias: momento inicial – resumo da sessão anterior e correção do trabalho de casa; momento de desenvolvimento da sessão – desenvolver as atividades planeadas através das técnicas; momento final – resumo da sessão, reforçar o que se atingiu e o que se prevê ser alcançado, estabelecer o trabalho de casa;

- Técnicas: modelagem, *role playing*, reforço, trabalho de casa, ensaio comportamental, *feedback*, dessensibilização sistemática, técnica de resolução de problemas, técnicas de reestruturação cognitiva, e instruções/ensino;

- Avaliação do THS em 4 momentos:

- 1) Antes da intervenção: identificar os défices ao nível das competências sociais,

- 2) Durante: analisar o comportamento,

	<p>verifica-se se o doente é capaz de avaliar os seus progressos,</p> <p>3) Após: identificar alterações de comportamento comparativamente com o início da intervenção,</p> <p>4) Fase de acompanhamento pós intervenção: avaliar se as mudanças se mantêm, se as generalizou para outros contextos da vida diária, a eficácia da intervenção e o impacto na vida do doente.</p>
Fase III	
<p>Execução</p>	 <pre> graph TD THS[THS] --> S1[Sessão 1 – Olá! Começo a conversar.] S1 --> S2[Sessão 2 – Um olhar para conversar.] S2 --> S3[Sessão 3 – Quero contar-te um segredo.] S3 --> S4[Sessão 4 – Obrigada! Termino a conversar.] </pre>
<p>Avaliação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar módulos: módulo1 - comunicação verbal, módulo 2 – comportamento e atitudes, módulo 3 – ensaio da comunicação verbal e não-verbal; • Aumentar o número de sessões; • Integrar intervenções grupais para simular ambiente social.

3.4. ANÁLISE DA APLICAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Após a implementação da intervenção previamente planeada é fundamental que se faça uma análise do seu impacto salientando os resultados adquiridos com a mesma. A valorização de uma intervenção passa pela demonstração da sua funcionalidade, eficácia e eficiência conseguida através da avaliação da mesma (Jardim & Pereira, 2006).

Objetivo:

- Avaliar o impacto do treino em contexto clínico.

Analisando a intervenção na sua globalidade verifica-se a importância de realizar uma avaliação contínua das competências sociais durante o treino, desde a sua conceção até ao *términus*. Os défices ao nível do funcionamento social foram claramente visíveis e especifica-los ao nível das habilidades permitiu direccionar a intervenção, obtendo os resultados esperados.

O fato de os resultados não serem mais significativos poderá estar relacionado com a curta duração da intervenção face ao que é preconizado pela literatura para a aplicação do THS. Contudo os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem obtidos reforçam a implementação da mesma, o mais precoce possível no âmbito da pedopsiquiatria.

Os resultados demonstram a repercussão da intervenção para a prática de cuidados de enfermagem, mais concretamente para a prática de cuidados de enfermagem especializada em saúde mental. Pretendendo medir qual o impacto dos cuidados de enfermagem nas pessoas sugere-se que a avaliação do impacto desta intervenção em investigações futuras se faça através de indicadores, estes “são concebidos como marcadores específicos do estado da saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população.” (OE, 2007, p. 2). Considera-se que será possível fazê-lo através dos seguintes indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem: R2 – Modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem (reais) e R3 – Taxas de ganhos possíveis / esperados de efetividade.

Verifica-se que a sintomatologia tem um impacto profundo na *performance* social do adolescente e nas suas habilidades sociais (Coelho & Palhas, 2006). Dentro da diversidade de sintomas a linguagem e a comunicação demonstram as suas repercussões nas relações interpessoais. Relativamente ao comportamento verbal verifica-se a alogia que é característica em pessoas com esquizofrenia, manifestando-se através de respostas lacónicas. Demonstra diminuição do pensamento, com redução da fluência e produtividade do discurso (Coelho & Palhas, 2006). Os tempos de resposta são deficientes (Lieberman e col., 1982 citado por Coelho & Palhas, 2006) e a falta de destreza, leva a terminar abruptamente a conversa (Bellack e col., 1997 citado por Coelho & Palhas, 2006). A destreza e criatividade para escolher um tema e manter uma

conversação estavam ausentes. Desta forma prolongar o treino incidindo sobre os aspetos em que a jovem demonstrou maior dificuldade teria sido relevante.

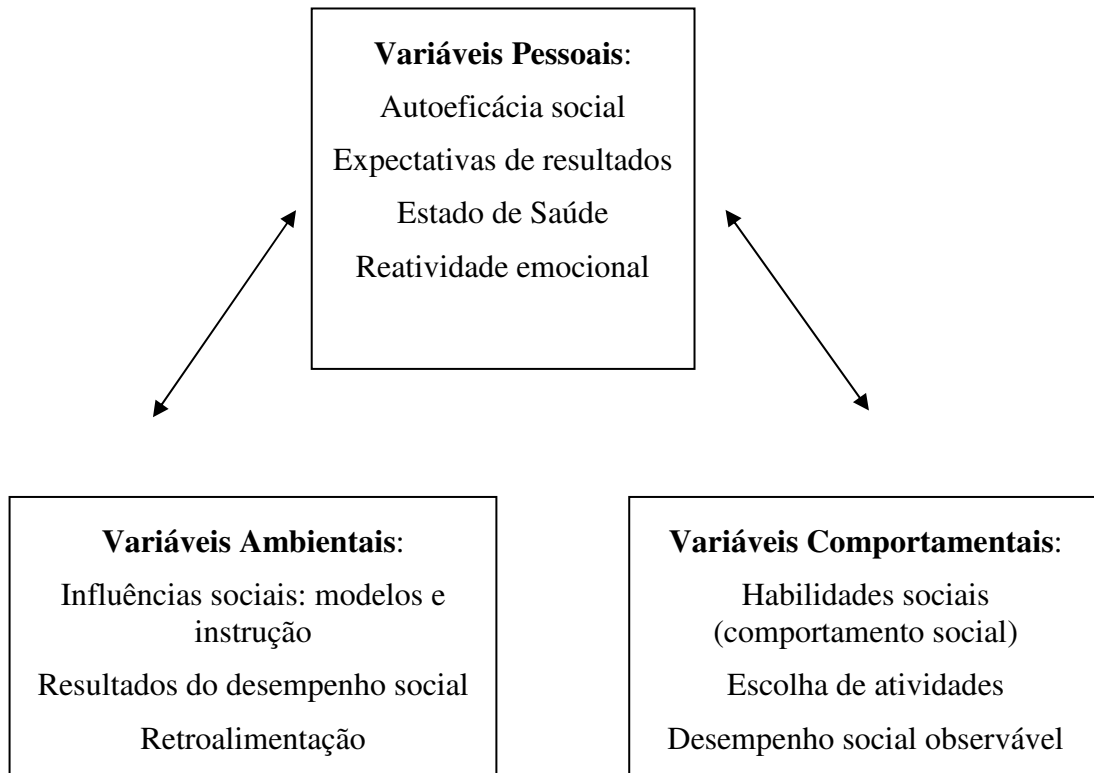
Todas estas características ao nível do comportamento verbal têm uma influência negativa na comunicação que se desenvolve nas relações interpessoais. Por este motivo observa-se que a adolescente apesar de conseguir estar em grupo não mantém uma conversa com os que a rodeiam, o que revela a sua autoeficácia social. Esta tem crenças sobre a sua própria competência social que afeta o seu pensamento, emoções e outros fatores pessoais que influenciam o seu comportamento (Del Prette & Del Prette, 2009).

Embora a base conceptual teórica da intervenção seja fundamentalmente sustentada na Teoria de Peplau, que efetivamente demonstrou a sua utilidade e influencia no desenvolvimento de habilidades da adolescente através das interações estabelecidas durante a prestação de cuidados de enfermagem, o contributo do Modelo da Aprendizagem Social de Bandura também demonstrou a sua utilidade.

Foi pela observação do enfermeiro que a jovem tomou o mesmo como modelo de referência de interação social, revelando respostas sociais positivas na fase de acompanhamento pós-intervenção. Verifica-se que a escolha das técnicas aplicadas nas sessões foi correta e tiveram impacto na aprendizagem e aquisição de habilidades de conversação. Salienta-se a modelagem, visto a jovem tomar como referência as questões colocadas durante o treino, e repeti-las no contexto da vida real.

Posto isto, vamos de encontro ao que Del Prette & Del Prette (2009) diz sobre o comportamento humano. Este pode ser explicado a partir de uma relação dinâmica entre os fatores pessoais, comportamentais e ambientais, como se pode observar na figura 3.

FIGURA 3 – Modelo de Reciprocidade Triádica (Del Prette & Del Prette, 2009)



Utilizando o Modelo de Reciprocidade Triádica para explicar o comportamento da adolescente, podemos dizer que a mesma desenvolveu crenças positivas quanto à sua capacidade para manter uma conversação com os outros. Como esta atividade social que era do seu interesse (relembre que nas questões *screening* de avaliação diagnóstica a adolescente deseja desenvolver relações íntimas), estas crenças influenciaram o seu estado afetivo, gerando sentimentos e expectativas de resultado positivos. Isto levou a que a mesma se mantivesse em grupo se observa-se uma mudança comportamental na interação com o grupo, o que permitiu aperfeiçoar as habilidades de abordagem inicial ao outro e como iniciar uma conversa, aprender a manter e terminar uma conversa. Todas estas variáveis permitiram tornar a adolescente mais competente e estabelecer regras funcionais de interação com o seu ambiente social.

Na fase de acompanhamento pós-intervenção, a adolescente foi capaz de manter uma conversa de curta duração, fazendo algumas questões para além das aprendidas nas sessões, com o objetivo de conhecer melhor o outro. A auto percepção da autoeficácia

social aumentou ao longo das sessões confirmando-se a alteração de comportamento e o impacto da intervenção. Ao focalizarmo-nos nas pequenas unidades de comportamento (Townsend, 2011) verifica-se que a jovem consolidou algumas habilidades concluindo que o impacto do THS foi positivo.

Refletindo sobre a aplicação da intervenção em contexto clínico considera-se que seria necessário melhorar alguns aspetos, tais como: não avançar as sessões do treino sem que a jovem tivesse atingido os objetivos propostos. Estando ciente que o tempo disponível para desenvolver o THS era insuficiente, considera-se que as poucas aprendizagens que a jovem pudesse adquirir possam ser considerados ganhos em saúde. Assim esta intervenção demonstra-se útil na identificação de défices ao nível do funcionamento social e no adquirir novas ou readquirir competências perdidas.

Em suma, a intervenção individual do treino de competências sociais em adolescentes com esquizofrenia revela potencialidades na sua aplicabilidade no âmbito da pedopsiquiatria. Tal como referido anteriormente a necessidade de intervenção precoce em crianças e adolescentes com doenças mentais incapacitantes é essencial, para que estas perturbações não se tornem ainda mais incapacitantes.

Refletindo sobre as limitações encontradas na aplicação desta intervenção em contexto clínico propõe-se que para intervenções futuras baseadas neste modelo de construção, o seguinte:

- Estruturar o THS por módulos: módulo 1 - comunicação verbal, módulo 2 - comportamento e atitudes, módulo 3 – ensaio da comunicação verbal e não-verbal;
- Aumentar o número de sessões, de acordo com as necessidades individuais dos adolescentes;
- Integrar intervenções grupais para simular o ambiente social.

Visto a necessidade de investigação, no âmbito da pedopsiquiatria ser notória e tendo a preocupação de contribuir para a evolução dos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental, deixo este caminho aberto para a realização de uma intervenção com maior impacto, incidindo sobre uma amostra mais significativa, de forma a obter maior

significado dos resultados e adequar este modelo de intervenção às necessidades individuais dos jovens.

Os enfermeiros especialistas em saúde mental adquirem competências científicas e técnicas que lhes permite assumir um papel de relevo na conceção, implementação e avaliação de programas, sendo necessário ter por base, os contributos teóricos explicativos que sustentam uma abordagem aplicada (Loureiro, 2011). Neste sentido, o meu contributo vai de encontro ao que a OE preconiza no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, a identificação e mobilização de recursos que colaborem na reabilitação psicossocial e, a conceção e desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial para pessoas com doença mental grave ou de evolução prolongada, nas equipas técnicas que integra.

4. LIMITAÇÕES

Com a elaboração deste relatório de estágio foi possível refletir sobre as dificuldades/limitações sentidas durante a prática clínica especializada. Uma das primeiras dificuldades foi a conciliação e a gestão do tempo, entre o exercício das funções laborais e os contextos da prática clínica especializada pela distância geográfica. A par desta dificuldade sentida, surgiu igualmente a gestão do tempo para aprofundar conhecimentos de forma a desenvolver intervenções efetivas de acordo com as reais necessidades da população-alvo. Salienta-se ainda o tempo limite dos ensinamentos clínicos para desenvolver as competências comuns e específicas do EESMP que condicionou o aprofundar das intervenções.

De acordo com o contexto da prática clínica especializada as limitações deparadas foram específicas:

- UCC de Ourém:
 - ✓ Indeferimento para utilizar a Escala de Sentido de Competência Parental validada para a população portuguesa.
- Departamento de Pedopsiquiatria do Porto:
 - ✓ Escassa literatura sobre intervenções desenvolvidas por EESMP;
 - ✓ Insuficientes escalas validadas para a população portuguesa, nomeadamente sobre a competência social em adolescentes;
 - ✓ Falta de espaço e autonomia para desenvolver novos projetos;
 - ✓ Escassez de estudos nacionais/ internacionais sobre a efetividade do treino de habilidades sociais direcionados para a população-alvo na qual se pretendia intervir;
 - ✓ Aplicação da intervenção THS a apenas uma adolescente.

5. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório de estágio proporcionou a reflexão sobre o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto EESMP. Permitiu refletir sobre o que se desenvolveu e porquê, mas também o que há ainda para desenvolver futuramente.

A análise das atividades aprofundadas durante a prática clínica permitiu espelhar o desenvolvimento de competências comuns, e as específicas do enfermeiro especialista. O processo de reconhecimento revelou-se fundamental na construção deste relatório porque permitiu refletir sobre qual o papel desempenhado enquanto EESMP durante a prática clínica, perspetivando sobre as potencialidades que ainda devem ser desenvolvidas e aprofundadas.

No capítulo 1 elaborou-se a contextualização dos locais da prática clínica que permitiu perceber como se organizam e como funcionam, cujos aspetos influenciaram o planeamento e a implementação das intervenções.

A forma como o capítulo 2 se encontra construído demonstra as intervenções desenvolvidas enquanto EESMP, na assistência à pessoa ao longo do ciclo vital, evidenciando que para um desempenho podem ser mobilizadas várias competências. Em algumas situações foram identificadas as reais necessidades da população-alvo; noutros casos, recorreu-se aos sólidos e válidos padrões de conhecimento como sustentação das intervenções implementadas.

Houve a preocupação em identificar o diagnóstico de enfermagem inicial, no sentido de fundamentar o desenvolvimento da intervenção e o diagnóstico de enfermagem final, evidenciando os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem obtidos com a mesma. “Os resultados de Enfermagem CIPE são o resultado presumido das intervenções de Enfermagem medidas ao longo do tempo enquanto mudanças efectuadas nos diagnósticos de Enfermagem” (ICN 2001 citado por Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009).

O capítulo 3 refere a prática baseada na evidência, através do desenho de uma intervenção efetiva da esfera autónoma do EESMP que surgiu na sequência da sua relevância, como intervenção de Enfermagem, capaz de ajudar adolescentes com comportamento interativo comprometido, melhorando o nível de funcionamento social. A sua construção permitiu dar o contributo enquanto EESMP para a inovação e desenvolvimento da prática de enfermagem de saúde mental. Sendo uma intervenção autónoma pode ser incorporada no plano de cuidados dos doentes tal como evidenciado.

A utilização da linguagem classificada (CIPE 2.0) revelou-se fundamental na elaboração deste relatório. A sua aplicação no âmbito da disciplina de Enfermagem e especificamente na prática profissional dos enfermeiros de saúde mental, demonstra a sua pertinência na efetividade das intervenções, traduzidas em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Esta utilização constituiu uma dificuldade, apesar de ter sido minimizada pela reflexão desenvolvida ao longo da prática clínica especializada.

Conclui-se este relatório reforçando a ideia de que o contributo dado foi importante, mas mais importante ainda, é que existe um caminho a percorrer e a desenvolver enquanto EESMP para conseguir responder às reais necessidades de uma sociedade que tanto precisa de saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu-Lima, I., Alarcão, M., Almeida, A. T., Brandão, T., Cruz, O., Gaspar, M. F., & Santos, M., R. (2010) *Avaliação de intervenções de educação parental: relatório 2007-2010*.
- Agrupamento de Centros de Saúde Médio Tejo I – Serra D’Aire (2012). Plano de Acção da UCC de Ourém. Ourém: UCC de Ourém.
- Almeida, V., Lopes, M. & Damasceno, M. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 39 (2), 202-210.
- Apóstolo, J. L. A. (1999). O doente psiquiátrico – aspetos relacionais relação terapêutica – abordagem do enfermeiro numa unidade de clinica psiquiátrica. *Boletim da biblioteca, Hospital Sobral Cid. Conraria – Coimbra*, nº1.
- Ballone, G. J. & Moura, E.C. (2008). *Psicose na Adolescência*. In: Psiqweb. Acedido em 6 de Julho de 2013 em <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=149>.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas – uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bursztejn, C. (2005). A esquizofrenia ao longo da infância. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VIII (3), 406-427.
- Caballo, V. E. (2008). *Manual de avaliação e treinamento de habilidades sociais* (2ª edição). São Paulo: Editora Santos.
- Caballo, V. E. (2007). *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicóticos* (1ª edição). Editora Santos.
- Cepêda, T., Brito, I. & Heitor, M., J. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância – Manual de orientação para profissionais de saúde*. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde.
- Coelho, C. & Palhas, A. (2006). *Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com esquizofrenia* (1ª edição). Lisboa: Climepsi.
- Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Livro verde: Melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas. Comissão das Comunidades Europeias.
- Comissão Nacional para a Restruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal*.

- Conn, V. S., Rantz, M. J., Wipke-Tevis, D. D., & Maas, M. L. (2001). Designing Effective Nursing Interventions. *Research in Nursing & Health*, 24, 433 - 442.
- Conselho de Enfermagem (2004). *Competência dos enfermeiros de cuidados gerais*. Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE® «Guidelines for ICNP® Catalogue Development*. In: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 1 de maio de 2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf
- Costa, E. P. (2006). *Técnicas de Dinâmicas facilitando o trabalho de grupos* (3ª edição). Rio de Janeiro: WAK.
- Cruz, T., Rocha, J. & Santos, A. (s.d.). Perturbações da linguagem e funcionamento psicossocial na esquizofrenia. *Cadernos de comunicação e linguagem*, 125-140.
- Davis, M., Eshelman, E. R.; McKay, M. (1996). *Manual de relaxamento e redução do stress*. São Paulo: Summus.
- Decreto - Lei n.º 101/2006 de 6 de junho (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República I Série – A. N.º 109 (06-06-06), 3856-3865.
- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais, terapia e educação*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (2009). *Psicologia das habilidades sociais: Diversidade teórica e suas implicações*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Direcção Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direcção Geral da Saúde (2007). *Programa de Saúde Escolar*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Duarte, F. M. C. & Duarte, M. M. G. R. C. (1999). Comunicação instrumento de trabalho em enfermagem. *Boletim da biblioteca, Hospital Sobral Cid*. Conraria – Coimbra, nº1.
- Fachada, M. O. (2010). *Psicologia das Relações Interpessoais* (1ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Favrod, J. & Maire, A. (2014). *Recuperar da Esquizofrenia. Guia Prático para Profissionais*. Lusociência.
- George, J. B. (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: artes médicas.
- Guilhas, A. L. (2007). *Técnicas de relaxamento*. In: Workshop “Técnicas de relaxamento”, Odívelas, Reflexos.

- Herbrecht, E., Poustka, F., Birnkammer, S., Duketis E., Schlitt, S., Schmo'tzer, G., Bo'lte, S. (2009). Pilot evaluation of the Frankfurt Social Skills Training for children and adolescents with autism spectrum disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18 (6).
- Jardim, J., & Pereira, A. (2006). *Competências Pessoais e Sociais: um guia prático para a mudança positiva* (1ª edição). Porto: Asa Editores.
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P. & Zarate, R. (2006). Recent Advances in Social Skills Training for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 32 (1), 12–23.
- Lehtinen, V. (2008). *Construir Boa Saúde Mental. Orientações baseadas no conhecimento existente*. (J. C. Gomes, Trad.). Projecto Monitoring Positive Mental Health Environments (trabalho original em inglês publicado em 2008).
- Laugeson, E. A., Frankel, F., Gantman, A., Dillon, A. R. & Mogil, C. (2012). Evidence-Based Social Skills Training for Adolescents with Autism Spectrum Disorders: The UCLA PEERS program. *Journal of Autism and Developmental Disorders* (42), 1025–1036.
- Lewis, M. (1995). *Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Loureiro, C. (2011). Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: conceptualização e modelos teóricos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 6, 7-14.
- Loureiro, C. (2013). Treino de Competências Sociais – Uma estratégia em saúde mental; técnicas e procedimentos para a intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 9, 41-47.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Marques, C. & Cepêda, T. (2009). *Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Coordenação Nacional para a Saúde mental.
- Marques, C., Torrado, M., Natário, A. & Proença, M. J. (s.d.). *Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Administração Central do Sistema de Saúde.
- McCloskey, J. C. & Bulechek, G. M. (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. Artmed.
- Meireles, A. (2012). *Avaliação da qualidade de vida e estilos de coping na Esquizofrenia*. Tese de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa, Braga.
- Ministério da Saúde (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enunciados descritivos*. Lisboa.

- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em enfermagem: tomada de posição*. Lisboa. Texto disponível online a partir de: <http://www.ordemenfermeiros.pt>.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Caderno Temático.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Modelo de Desenvolvimento Profissional - Fundamentos, processo e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Caderno Temático.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. Série I. Número 3. Volume I.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *CIPE Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*.
- Organização Mundial de Saúde (2006). *Prevenção do Suicídio – Um Recurso para Conselheiros*. Genebra: Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias - Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança* (1ª edição). Lisboa: Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde/OMS.
- Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2001). *O mundo da criança* (8ª edição). MC Graw Hill.
- Payne, R. A. (2003). *Técnicas de Relaxamento: Um Guia Prático para Profissionais de Saúde* (2.ª Edição). Camarate: Lusociência.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos*. Loures: Lusociência.
- Proposta de Lei n.º 146/XII (2013). Aprova a Lei da Investigação Clínica.
- Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª Série, n.º 35, 18 de Fevereiro, 8648-8653.
- Regulamento n.º 129/2011. Regula as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, 2.ª série, n.º 35, 18 de Fevereiro, 8669-8673.

- Ribeiro, J. (2011). Autonomia profissional dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (5) p.27-36.
- Santos, I. A. G. S. (2001). O ambiente terapêutico: sua importância e que realidade? *Informar* 6 (25), 30-31.
- Santos, J. C. P., Façanha, J. D. N., Gonçalves, M. A. B., Erse, M. P. Q. A., Cordeiro, R. A. C., & Façanha, R. M. P. S. (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção e Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*. Ordem dos Enfermeiros. Série 1, Número 4.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica. Do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria* (1ª edição). Coleção enfermagem.
- Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C. & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, n.º 3.
- Soares, C. (2008). A emoção como relato sentimental do homem. Texto de apoio da unidade curricular de Supervisão Clínica em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde de Leiria, ano letivo 2013/2014.
- Soares, C. S. (2013). Supervisão Clínica no desenvolvimento pessoal e profissional. Texto de apoio da unidade curricular de Supervisão Clínica em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde de Leiria, ano letivo 2013/2014.
- Soares, C. S. (2013). De um conhecimento à competência. Texto de apoio da unidade curricular de Supervisão Clínica em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde de Leiria, ano letivo 2013/2014.
- Sousa, D. (2013). Competências e saberes em enfermagem. In: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 1 de maio de 2014 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos Enfermeiros/Competências e saberes em enfermagem Dulce Sousa, Enfermeira Especialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Compet%C3%AAncias%20e%20saberes%20em%20enfermagem%20Dulce%20Sousa,%20Enfermeira%20Especialista.pdf).
- Stambor, T. (2006). Psychologist calls for more research on adolescents' brains. *Monitor on Psychology* 37 (9).
- Stuart, G. W. & Laraia, M. T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Práticas* (6ª edição). (D. Batista, Trad.). Porto Alegre, Artemed Editora.
- Tavares, M. & Botelho, M. (2009). Prevenir a Depressão Pós-Parto: uma análise ao conhecimento existente. *Pensar Enfermagem* 13 (2), 19-29.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria. Conceitos de cuidados na prática baseada na evidência* (6ª edição). Loures: Lusociência.
- Vyskocilova, J. & Prasko, J. (2012). Social skills training in psychiatry. *Activitas Nervosas Superior Rediviva* 54 (4), 159-170.

Zeichner, K. (1993). *A formação reflexiva de professores: Ideias e práticas*. Lisboa: Educa.

ANEXOS

ANEXO I

Sessão de prevenção do suicídio nos jovens: atividade de mitos e factos, cartaz e folheto informativo.

Mitos e factos sobre o suicídio



- 1) O suicídio acontece sem aviso, mas a pessoa deixa uma carta a explicar porquê.
- 2) Se um amigo me diz que quer morrer devo escutá-lo atentamente e pedir ajuda.
- 3) Os jovens que falam sobre suicídio não se suicidam.
- 4) A pessoa que tenta o suicídio quer morrer.
- 5) Vejo um colega da escola muito sozinho e manifesta desesperança, devo ficar atento.
- 6) Todas as pessoas que cometem suicídio têm depressão.
- 7) Se um amigo tem na sua família várias pessoas que se suicidaram, então ele apresenta risco de suicido.
- 8) Geralmente as causa e os motivos de suicídio são identificados facilmente.
- 9) A maioria dos suicídios pode-se prevenir.
- 10) Perguntar a alguém sobre suicídio faz com que a pessoa se suicide.
- 11) A maioria das pessoas que pensam em suicídio tem sentimentos ambivalentes.
- 12) Se a pessoa melhora depois da tentativa de suicídio, significa que já não há risco de suicídio.



SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA

10 Abril 2013

**SUICÍDIO É
UMA
SOLUÇÃO
PERMANENTE
PARA UM
PROBLEMA
TEMPORÁRIO**

Sinais de alerta

- Alterações de comportamento
- Insónias
- Intensa tristeza
- Perda de interesse
- Negligencia na aparência
- Comentários Auto depreciativos
- Abuso de droga/álcool
- Afastamento da família e amigos
- Irritabilidade/agressividade

Como agir com a pessoa:

- Dialogar/ estabelecer relação de confiança
- Não deixar só/ dar apoio
- Encaminhar para profissionais de saúde

Enfermeiras Ana Maria e Vera Lopes, Mestrandas do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde de Leiria

O que faço perante um amigo com ideação suicida?

- Aceitar a pessoa tal como ela é;
- Escutar o amigo e ficar calmo;
- Dizer ao amigo que é legítimo pensar no suicídio quando se sente no limite;
- Perguntar se houve tentativas anteriores;
- Se considerar que o risco é grande, deve ficar com o



Onde procurar ajuda...

SOS Voz Amiga

Lisboa

Atendimento das 16 às 24h

21 354 45 45

91 280 26 69

96 352 46 60

SOS Estudante

Coimbra

808 200 204

SOS Telefone Amigo

Coimbra

239 72 10 10

Escutar - Voz de Apoio

Gaia

22 550 60 70

Telefone da Amizade

Porto

22 832 35 35

A Nossa Âncora

Sintra

Rua Dr. Almada Guerra, No. 25

Portela de Sintra

2710-147 Sintra

219 105 750

Elaborado por:

Enfermeira Ana Maria e Enfermeira Vera Lopes, Mestrandas do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde de Leiria.

Prevenção do Suicídio nos jovens



“Quando uma pessoa pensa em suicídio, ela quer matar a dor, mas nunca a vida”

Augusto Cury

Suicídio

O que é o suicídio?

É a ação de um indivíduo, que ocasiona a sua própria morte ou afeta sua integridade física, moral,



Em Portugal o suicídio é a 2ª causa de morte dos adolescentes.

Fatores de risco

- Problemas familiares, relações sociais e sistemas de apoio;
- Abuso físico, psicológico e sexual;
- Perdas pessoais;
- Perturbações mentais (esquizofrenia, depressão, abuso de substâncias e álcool);



- Baixa autoestima e sentimento de desesperança;
- Falta de controlo de impulsividade e comportamentos autodestrutivos;
- Diminuída capacidade para lidar com problemas;
- Exposição a suicídio de outras

Sinais de alerta

- Falta de interesse pelo próprio bem-estar;
- Mudanças do comportamento social;
- Diminuição do sucesso escolar;
- Alterações nos hábitos de sono e alimentação;
- Tentativa de colocar os seus assuntos pessoais em ordem ou fazer as pazes com os outros;



ANEXO II

Plano da sessão “estados de espírito”

Tema	Estados de espírito.
Horário	6 de Junho de 2013, pelas 10h30min.
Duração	30 minutos
Local	Sala de convívio dos adolescentes.
Destinatários	Adolescentes internados no serviço de Pedopsiquiatria (prévia seleção).
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a interação entre os adolescentes. • Consciencializar os adolescentes sobre o estado de espírito. • Promover a tomada de decisão quanto ao estado de espírito que apresentam. • Promover a expressão de sentimentos.
Descrição	<p>Pedir a colaboração dos adolescentes para organizar a sala de convívio de forma a proporcionar um espaço amplo e livre para desenvolver a dinâmica.</p> <p>Explicar aos adolescentes o que se pretende com o desenvolvimento da dinâmica. Em seguida, ao som de uma música instrumental e ritmada, convidá-los a caminhar livremente pela sala, mas sem se tocarem uns nos outros. Ao longo desta caminhada alterna-se o ritmo entre mais lento e mais rápido.</p> <p>Indicar que ao sinal de “stop” todos têm que parar no lugar onde estão e seguirem as minhas instruções:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ De um lado da sala colocam-se os que se consideram bons, e no lado oposto os que se consideram maus. Quem quiser pode justificar porque é que se colocou naquele lado (dar-se-á liberdade de expressão). Os bons devem dizer aos maus o que é que estes devem fazer para se sentirem bons. <p>Continuam a caminhar livremente, até novo sinal de “stop”</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ De um lado da sala colocam-se os que se sentem alegres, e no

	<p>lado oposto os que se sentem tristes. De igual modo, dar-se-á liberdade de expressão do porquê das suas escolhas. Os que se colocarem do lado alegre devem verbalizar o que é que os outros podem fazer para se sentirem alegres.</p> <p>Termina-se a dinâmica com todos os adolescentes sentados no chão, formando um círculo, no qual cada adolescente poderá partilhar qual o maior sonho da sua vida. Questiona-se os adolescentes se gostaram da dinâmica, se consideraram difícil, se sim porquê. Perceber se gostaram de interagir uns com os outros e de dar conselhos uns aos outros.</p>
<p>Justificação</p>	<p>Após uma semana de observação da dinâmica do serviço de pedopsiquiatria e da interação estabelecida entre os adolescentes, considerei pertinente desenvolver esta dinâmica.</p> <p>Esta dinâmica foi pensada essencialmente nos adolescentes que se isolam e interagem muito pouco com os restantes elementos. Através da formação de pequenos grupos distintos e de dar-se espaço para que possam dar conselhos uns aos outros, pretende-se fomentar a interação, que se deem a conhecer, promover a autoconfiança e a motivação entre os adolescentes. Não nos esqueçamos que na adolescência a relação com os pares é fundamental.</p> <p>No final da dinâmica, com a partilha dos sonhos de vida pretende-se que através do exemplo, os diversos adolescentes se consciencializem sobre a importância de criar projetos de vida futuros, e que apesar de, eventualmente alguns adolescentes não manifestarem sonhos de vida ou apresentarem sonhos de vida passíveis de não serem concretizados, devem-se respeitar uns aos outros. Desta forma, também estarão despertados para as diferenças entre eles.</p>
<p>Referências Bibliográficas</p>	<p>Manes, S. (2011). <i>83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos</i>. 10ª Edição. PAULUS Editora.</p>

ANEXO III

Plano da sessão “Os meus sentimentos”

Tema	Os meus sentimentos
Horário	6 de Junho de 2013, pelas 11h30min.
Duração	30 minutos
Local	Sala de estar dos adolescentes.
Destinatários	Adolescentes internados no serviço de Pedopsiquiatria (prévia seleção).
Materiais	Balões e canetas de filtro.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a interação entre os adolescentes. • Facilitar a comunicação expressiva de sentimentos. • Promover bem-estar. • Demonstrar pontos em comum dos adolescentes.
Descrição	<p>Explicar aos adolescentes que o tema da dinâmica é os sentimentos. Pedir que se coloquem em círculo. Encher um balão e oferecer a um dos adolescentes. Explicar que este terá que oferecer esse balão a quem quiser, dirigindo-se a essa pessoa, trocando de lugar com quem recebe o balão.</p> <p>À medida que vou enchendo os balões, entrego aos restantes adolescentes que ainda não têm balão, até todos terem balões. Porém a dinâmica continua, como descrito inicialmente até que têm que dizer o nome a quem oferecem o balão e após algum tempo um sentimento.</p> <p>Em seguida, pede-se aos adolescentes que escolham um sentimento para escrever no balão. Quando todos tiverem terminado atiram os balões ao ar e sentamo-nos em círculo. Cada um terá que escolher um sentimento que esteja naqueles balões sem ser o que eles escolheram, justificando porquê e que partilhem com o grupo um momento que os faça sentir o sentimento escolhido.</p> <p>Finaliza-se dando a conhecer os pontos em comum daquele grupo de adolescentes.</p>

Justificação

Nem todas as pessoas conseguem dizer por palavras o que sentem, ou não conseguem simplesmente partilhar o que sentem, guardando para si mesmas.

Considerarei pertinente desenvolver esta dinâmica porque a expressão de sentimentos é fundamental para que o outro atinja o bem estar. Refiro mais uma vez que a hospitalização dos adolescentes com perturbações mentais é muito característica, e as regras são muito rígidas. Isto causa uma sensação de aprisionamento, levando muitas vezes à expressão de tristeza.

O corte de ligação com os pais é grande e radical, por este motivo a verbalização de quererem a alta e de terem saudades da sua família é uma constante.

Não nos esqueçamos que a adolescência é uma fase do ciclo vital em que ocorrem inúmeras mudanças. Todos estes aspetos referidos contribuem para um domínio de sentimentos negativos.

Criar um espaço em que é possível a expressão de sentimentos e a validação da presença de sentimentos comuns entre os adolescentes, a meu entender é crucial.

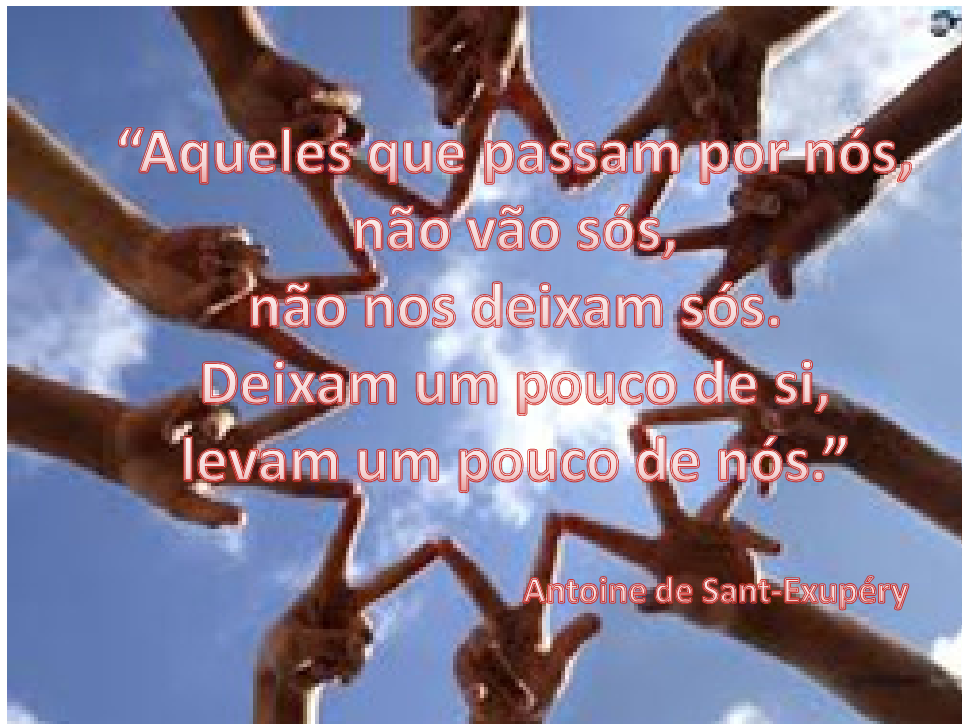
ANEXO IV

Plano da sessão “A amizade”

Tema	Amizade
Horário	12 de Junho de 2013, pelas 18horas
Duração	60 minutos
Local	Sala de estar dos adolescentes.
Destinatários	Adolescentes internados no serviço de Pedopsiquiatria (prévia seleção).
Materiais	Cartões de cartolina de várias cores, canetas de filtro, computador portátil, colunas de som.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a interação entre os adolescentes. • Alertar sobre a importância das amizades. • Promover a comunicação expressiva de sentimentos.
Descrição	<p>Dar a conhecer aos adolescentes que se irá desenvolver uma atividade sobre a amizade e a importância de ter amigos na nossa vida.</p> <p>Coloca-se música e deixa-se os adolescentes movimentarem-se livremente pelo espaço estabelecido da sala. Quando parar a música, todos os adolescentes param e sem saírem do lugar têm que dar a mão direita à mão esquerda da pessoa que estiver mais próxima. No final quando todos estiverem de mãos dadas terão que formar um círculo sem largarem as mãos. Volta-se a colocar a música e repetem este exercício novamente.</p> <p>Em seguida, encontrarão pequenos cartões de cartolina, de várias cores, espalhados pela sala. Terão que escolher a cor com a qual pintavam a amizade. Nesse cartão terão que escrever uma qualidade positiva que veem em si mesmos de um bom amigo. Sentamo-nos em círculo e cada um partilha a sua qualidade. No final, tenta-se perceber se existem qualidades em comum, entre os adolescentes.</p> <p>Em seguida, terão que escolher um balão que contém uma palavra relacionada com a amizade. Mais do que uma pessoa pode escolher o mesmo balão formando grupos. Após todos terem feito a escolha, irão</p>

	<p>partilhar e justificar a sua escolha.</p> <p>Termina-se a sessão reforçando as qualidades que cada um tem para ser um bom amigo e qual a importância da amizade na vida dos jovens. Demonstra-se uma frase apelativa à amizade em power point.</p>
Justificação	<p>As amizades na adolescência são fundamentais, estas são baseadas na escolha e compromisso. Os adolescentes tendem a escolher os amigos mais parecidos consigo mesmos (Papalia, Olds & Feldman, 2001).</p> <p>Mais do que em qualquer outra fase do ciclo vital, na adolescência a intimidade e a importâncias das amizades é crucial. É nesta fase que a lealdade é vista como algo mais crítico e a partilha evidencia-se muito mais (Papalia et al, 2001).</p> <p>A intimidade traduz o desenvolvimento cognitivo do jovem. Os adolescentes estão mais capazes de expressar sentimentos e pensamentos íntimos (Papalia et al, 2001).</p> <p>Por estes aspetos aqui abordados considero pertinente desenvolver esta dinâmica, para que os jovens parem para pensar nas suas relações de amizade caso as tenham, e caso não as tenham que ainda venham a desenvolver.</p>
Referências Bibliográficas	<p>Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2001). <i>O mundo da criança</i> (8ª edição) MC Graw Hill.</p>

Apresentação power point final da dinâmica - Amizade.



ANEXO V

Plano da sessão “autoestima”

Tema	Autoestima
Horário	1 de Julho de 2013, pelas 11 horas.
Duração	60 minutos
Local	Sala de convívio dos adolescentes.
Destinatários	Adolescentes internados no serviço de Pedopsiquiatria (prévia seleção).
Materiais	Computador portátil, colunas de som, folha com a flor bem-me-quer, caixa com pétalas, canetas de filtro e cola.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a autoestima dos adolescentes. • Promover a interação entre os adolescentes. • Identificar estratégias que promovam a autoestima. • Promover a expressão de sentimentos. • Promover bem-estar.
Descrição	<p>Inicia-se a dinâmica dando a conhecer o conceito de autoestima e como cada um pode promover a sua autoestima.</p> <p>No final da demonstração teórica sobre a autoestima pede-se aos adolescentes que consideram que têm uma autoestima elevada que se posicionem no lado direito da sala, aqueles que consideram mais ou menos ficam no meio, e aqueles que quase sempre se sentem com baixa autoestima posicionam-se no lado esquerdo da sala.</p> <p>Após formarem os diversos grupos, os elementos que compõem o grupo da autoestima elevada têm que dar conselhos aos outros dois grupos sobre o que têm que fazer para aumentar a autoestima. Caso nenhum adolescente se posicione do lado direito da sala, em conjunto todos terão que dar um conselho do que fazer para aumentar a autoestima. Estes conselhos serão escritos numa cartolina que ficará exposta no restante período da dinâmica.</p> <p>Em seguida, todos os adolescentes sentam-se e distribui-se uma folha com a “flor bem-me-quer” a cada uma das jovens. Explica-se que</p>

	<p>todos devem identificar no cimo da folha o nome de quem pertence aquela “flor bem-me-quer”. Todos terão que numa pétala do bem-me-quer que encontram dentro de uma caixa, escrever uma qualidade que identificam no outro, colando na “flor bem-me-quer” que pertence aquela pessoa.</p> <p>No final, todas irão ler quais as qualidades que os outros identificaram nelas, verbalizando se identificam ou não, e porquê.</p> <p>Para finalizar a sessão, volta-se a pedir aos adolescentes para se posicionarem na sala novamente de acordo com o nível de autoestima. Pretende-se verificar se ocorrem mudanças nas posições.</p>
<p>Justificação</p>	<p>Ao longo da primeira semana de observação, tive a preocupação em observar o comportamento dos adolescentes individualmente e no grupo.</p> <p>Efetivamente o que se verifica é que a maior parte dos adolescentes manifesta uma postura retraída, o contacto é superficial ou indiferente, uma expressão facial triste, apatia, humor depressivo e embotamento afetivo.</p> <p>Perante a observação destes aspetos faz-me pensar: qual o valor que cada um atribui a si mesmo? Neste sentido, considero pertinente ir de encontro às necessidades dos adolescentes e desenvolver uma dinâmica de grupo promotora da autoestima. Mais do que desenvolver esta atividade pontual, é demonstrar que o continuar a construir esse caminho da promoção de autoestima depende também deles mesmos.</p> <p>Para Jardim & Pereira (2006) a autoestima é uma competência que consiste em que a pessoa seja capaz de fazer uma avaliação valorativa e afetiva positiva de si mesmo, em termos de acontecimentos passados, capacidades atuais e perspectiva futura. Esta competência tem um papel fundamental no funcionamento saudável da pessoa.</p>

Segundo Lehtinen (2008, p. 32) “a saúde mental é um recurso individual que contribui para diferentes capacidades e competências”. Uma dessas competências é exatamente a autoestima.

A autoestima não é só a avaliação subjetiva que a pessoa faz de si mesma mas também a percepção que tem da avaliação que os outros fazem de si (Piedade et al., s.d.). Esta não é inata, é um processo dinâmico, que se modifica ao longo do desenvolvimento da pessoa. Vai sendo adquirida como resultado das expectativas acumuladas ao longo da vida (Mestre & Frias, 1996 citado por Espada & Quiles, 2007).

A origem da autoestima está nos primeiros anos de vida, em que a criança forma um conceito de si mesma através das mensagens e imagens que os pais lhes transmitem (McKay & Fanning, 1991 citado por Espada & Quiles, 2007).

Apenas aos 8 anos de idade é que a criança consegue articular um conceito de valor pessoal. Antes desta idade, a criança demonstra este conceito através do seu comportamento (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

As crianças com idades entre os 4 e os 7 anos tendem a subestimar as suas capacidades. Estas ainda não possuem as competências cognitivas e sociais para se compararem devidamente com os outros, e por isso tendem a aceitar o julgamento (positivo ou negativo) que os adultos fazem delas (Papalia et al., 2001).

As crianças entram na fase da adolescência com um sentido forte sobre as suas próprias forças e fraquezas, e uma saudável autoconsideração. Isto permite que durante a fase da adolescência ocorram muitos momentos de alegria (Greenspan, 2009).

Espera-se que na adolescência, os jovens melhorem a avaliação que fazem de si mesmos, os seus pensamentos, em reconhecer os seus

	<p>sentimentos e em ajuizar quem são (Greenspan, 2009).</p> <p>Contudo, nem todas as crianças entram na fase da adolescência desta forma, comprometendo um bom nível de autoestima. Assim a nossa intervenção torna-se crucial na medida em que promovendo a autoestima e educando o jovem neste sentido, poderemos melhorar o nível de autoestima daquele jovem.</p> <p>Jardim & Pereira (2006) referem que um bom nível de autoestima está diretamente relacionado com um estado de bem-estar psicológico e de integração social. Se pensarmos bem, todos os aspetos apontados inicialmente estão relacionados com estes. Assim sendo demonstra que ao promover a autoestima poderemos obter ganhos neste âmbito.</p>
<p>Referências Bibliográficas</p>	<p>Espada, J. P. & Quiles, M. J. (2007). <i>Educar para a auto-estima</i> (1.^a ed.) trad. Helena Cesar. Educar en la autoestima. AducAcção.</p> <p>Greenspan, S. I. (2009). <i>A criança e o seu desenvolvimento</i> (1.^a ed.) trad. Maria José de La Fuente. Great Kid: Helping your baby and child develop the tn essencial qualities for a happy, healthy life.</p> <p>Jardim, J., & Pereira, A. (2006). <i>Competências Pessoais e Sociais: um guia prático para a mudança positiva</i> (1^a edição). Asa Editores.</p> <p>Papalia, D. E., Olds, S. W., Feldman, R. D. (2001). <i>O mundo da criança</i> (8.^a ed.) MC Graw Hill.</p> <p>Lehtinen (2008). <i>Construir Boa Saúde Mental. Orientações baseadas no conhecimento existente.</i> (J. C. Gomes, Trad.). Projecto Monitoring Positive Mental Health Environments (trabalho original em inglês publicado em 2008).</p>

Atividade: flor bem-me-quer



ANEXO VI

Plano da sessão “Dinâmica do riso”

Tema	Dinâmica do riso
Horário	6 de Julho de 2013, pelas 11 horas.
Duração	60 minutos
Local	Sala de convívio dos adolescentes.
Destinatários	Adolescentes internados no serviço de Pedopsiquiatria.
Material	Computador portátil, colunas de som, balões e várias imagens de smiles colados pela sala.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o bem estar. • Promover a interação dos adolescentes; • Incentivar atividades de lazer; • Estimular a criatividade; • Facilitar a espontaneidade.
Descrição	<p>Inicia-se a sessão com uma breve explicação do que iremos realizar.</p> <p>Coloca-se música e dá-se a indicação aos adolescentes para andarem livremente pela sala. De seguida, entrega-se um balão a todos os adolescentes e pede-se para encherem os balões. Indica-se para atirarem os balões ao ar e ninguém os pode deixar cair. Se algum balão cair no chão terão que fazer “ah ah ah!”.</p> <p>Paramos e batemos palmas tal como eu fizer. Música – andar livremente na sala.</p> <p>Em seguida ficarei com um balão e todos terão que me imitar, até passar o balão a um dos adolescentes e todos teremos que o imitar.</p> <p>Paramos e batemos palmas tal como eu fizer. Música – andar livremente na sala.</p> <p>Deverão formar grupos de dois e de costas virados uns para os outros, colocar um balão entre os elementos. Têm que proteger o seu balão e tentar rebentar o dos outros.</p>

	<p>Paramos e batemos palmas tal como eu fizer. Música – andar livremente na sala.</p> <p>Agora vamos imaginar que preenchamos um boletim do euro milhões e em conjunto tiramos os números do euro milhões, e ao verificar que nos saiu os números ficamos muito contentes e damos uma grande gargalhada.</p> <p>Música – andar livremente na sala.</p> <p>Imaginamos agora que alguém nos entregou uma conta de um valor muito grande para pagar. Apontamos para a nossa carta e mostramos uns aos outros a rir.</p> <p>Paramos e batemos palmas tal como eu fizer.</p> <p>Imaginamos que queremos por o carro a trabalhar e que não conseguimos, fazemos o arranque com “ah ah! Ah ah!”.</p> <p>Sentamo-nos no chão e arranjamos uma almofada que será a barriga do outro. Ficamos alguns minutos assim para rir e relaxar.</p> <p>Termina-se a sessão todos sentados no chão em círculo, partilhamos como nos estamos a sentir.</p>
<p>Justificação</p>	<p>Visto ter experienciado uma sessão de yoga do riso, cujo resultado final foi uma sensação de paz, bem estar e tranquilidade, considereei pertinente realizar uma sessão semelhante com o grupo de adolescentes internados no serviço.</p> <p>Tal como já referi em planos de sessões anteriores a hospitalização do adolescente é um fator de <i>stress</i> nas suas vidas. O facto de serem adolescentes com perturbações mentais, aumenta ainda mais esse <i>stress</i>. Pois um internamento no departamento de pedopsiquiatria não é igual a um internamento num serviço de pediatria, uma vez que o primeiro apresenta características diferentes, com regras também</p>

diferentes.

Com a realização desta sessão pretende-se que os adolescentes desfrutem de um momento de alegria, adquirindo sensações de bem estar e harmonia. Pretende-se ainda que encontrem estratégias que lhes permitam lidar com situações de *stress* com as quais se vão deparando ao longo da sua vida. Ou seja, para além de um momento de bem estar, procura-se proporcionar um espaço em que os adolescentes simulem através do riso, uma forma de lidar com determinadas situações de *stress* para cada um.

Rir e sorrir são gestos que demonstram e transmitem alegria, satisfação. São o modo como nos expressamos de forma agradável e exprimimos o nosso prazer pela vida (Lambert, 2000).

“A Risoterapia é uma terapia bilateral, que envolve a comunicação consigo mesmo e com o outro. É benéfica para quem dá e para quem recebe” (Lambert, 2000, p.22). Ou seja, o sorriso e o riso terapêutico estão indicados para nós mesmo e para os que nos rodeiam.

Lambert (2000) diz que o sorriso serve para as pessoas tristes, mal-humoradas, ansiosas, nervosas, deprimidas, preocupadas, em situação de doença e até mesmo para as pessoas alegres ficarem ainda mais felizes.

Basta pensarmos quando a pessoa que está ao nosso lado “solta” uma gargalhada, facilmente nos deixamos contagiar e rimos também.

No uso do sorriso terapêutico é oportuno fazer uma avaliação da pessoa que está à nossa frente. Observar a comunicação não-verbal, os seus gestos e mensagens são aspetos importantes para compreender se aquele momento é apropriado para usar o sorriso terapêutico (Lambert, 2000).

Numa sessão do riso cria-se um ambiente de grupo onde todos os elementos interagem entre si, rindo enquanto são realizados

	<p>exercícios. Os elementos do grupo olham-se, contagiando uns aos outros com o riso, passando de um riso falso para um riso verdadeiro (Tacconi, s.d.).</p> <p>O riso tem inúmeros benefícios, tais como: relaxar o corpo e a mente; fortalecer o sistema imunitário; melhorar a circulação e a tensão arterial; e ainda libertar endorfinas, hormonas que proporcionam o bem estar (Lambert, 2000). Tacconi (s.d.) refere ainda que o riso melhora a respiração, ativa inúmeros músculos do corpo, fortalece os laços afetivos e liberta algumas hormonas, como é o caso da serotonina (antidepressivo), dopamina que possibilita elevar o estado de humor, e adrenalina que possibilita a pessoa estar mais desperta proporcionando maior criatividade.</p> <p>O nosso cérebro não distingue o riso falso de um riso verdadeiro, podemos assim usufruir de todos estes benefícios simplesmente rindo (Tacconi, s.d.).</p>
<p>Referências Bibliográficas</p>	<p>Lambert, E. (2000). <i>Terapia do riso: a cura pela alegria</i>. Editora: Pensamento.</p> <p>Tacconi, S. (s.d.). <i>Risoterapia</i>. Acedido em 29 de Junho de 2013 em http://terapiadoriso.pt/index.php/risoterapia-definicao.</p>

Anexo VII

Folhetos informativos: “Prevenção da depressão na gravidez” e “Depressão pós-parto”

Ofereça a si mesma momentos de bem-estar:

- ◆ Descanse sempre que precisar;
- ◆ Faça exercício, aconselhe-se com o seu médico assistente;
- ◆ Mantenha uma vida sexual ativa (exceto se desaconselhado);
- ◆ Converse com o seu companheiro, família e amigas. Partilhe as suas dúvidas e preocupações;
- ◆ Guarde algum tempo para si: dê um passeio, tome um banho relaxante, descanse no sofá com a sua atividade preferida.



Prevenção da depressão na gravidez



Elaborado por:
Vera Lopes - Mestranda do Curso de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Leiria.

Abril, 2013

Saúde Mental na Gravidez

A gravidez é um período de grandes mudanças, transforma-se o corpo e a mente da mulher.

Faz parte do processo de gravidez, as grandes alterações hormonais e emocionais que estão acontecer.



Sinais de alerta

- ◆ Alterações marcadas do sono ou apetite;
- ◆ Cansaço extremo;
- ◆ Grande ansiedade ou irritabilidade;
- ◆ Dificuldades em se concentrar;
- ◆ Uma grande tristeza ou oscilações de humor.



Pode tratar-se de uma...

Depressão na gravidez

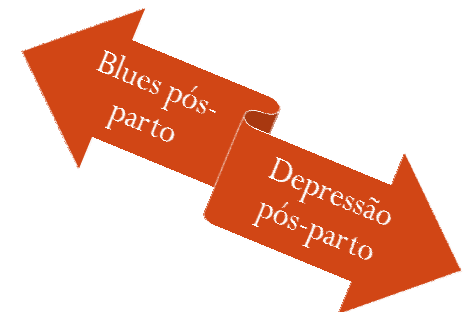


Depressão pós-parto

Cerca de **10%** das mulheres têm **depressão** durante a **gravidez**.

Esta perturbação tem **alta probabilidade** de persistir após o parto, caso **não** seja **prontamente diagnosticada e tratada**.

- Surge nas primeiras **quatro semanas** seguintes ao parto;
- Desaparece **espontaneamente**.
- Sintomas: tristeza, choro e mal-estar frequente.



- Pode surgir durante todo o **1º ano após o parto**;
- Necessita de **tratamento**: antidepressivos. Estes não passam para o leite materno.

Reconheça o que está a sentir, e peça ajuda.

É possível que não consiga ultrapassar este momento difícil sozinha.

Contacte o seu **médico** ou **enfermeira de família** e fale sobre os seus problemas e o que está a sentir.

Partilhe os seus sentimentos com outras mães – **Grupos de auto-ajuda**.



Em mulheres com diagnóstico de **depressão pós-parto**, o médico pode receitar antidepressivos.

A paroxetina é um **antidepressivo** que ser utilizado em **mães que amamentam**.

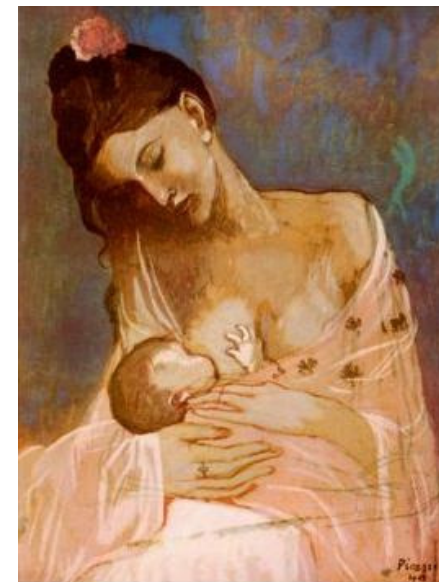
Ofereça a si mesma momentos de **bem estar...**

- ◆ Tome banho durante mais tempo, quando o pai está em casa, deixando o seu bebé ao cuidado do pai;
- ◆ Uma refeição com o seu prato preferido;
- ◆ Um livro que queria ler à muito;
- ◆ Um café com uma amiga com quem possa conversar;
- ◆ Um passeio num local que goste;
- ◆ Uma ida ao cinema ou teatro;
- ◆ Faça algo em que se sinta bem.



Elaborado por:
Vera Lopes - Mestranda do Curso de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde de Leiria.

Depressão pós-parto



Quando a mãe sofre, o bebé também sofre...

O que é a **depressão pós-parto**?

É uma perturbação emocional que pode surgir desde o trabalho de parto até ao fim do primeiro ano de vida da criança, sendo mais frequente a partir do 2.º mês.

Afeta cerca de **10%** a **15%** das mulheres no período pós-parto.



Sem tratamento, a evolução é prolongada.

Depressão pós-parto

Sintomas de **depressão pós-parto**:

- ◆ Irritabilidade;
- ◆ Perturbações alimentares e do sono;
- ◆ Choro frequente, desânimo, desespero;
- ◆ Sentimento de incapacidade;
- ◆ Falta de energia e motivação;
- ◆ Desinteresse sexual;
- ◆ Ideação suicida.



Blues pós-parto

Por vezes, o **diagnóstico** de **depressão pós-parto** não é fácil.

Nas **quatro semanas** seguintes ao parto, pode surgir o **blues pós-parto**.

Desaparece **espontaneamente**.



Sintomas do **blues pós-parto**:

- ◆ Tristeza;
- ◆ Choro frequente;
- ◆ Mal-estar frequente.

ANEXO VIII

Artigo científico para submeter à revista da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

TÍTULO: Necessidade em Pedopsiquiatria: proposta de intervenção em adolescentes com comportamento interativo comprometido – Estudo de caso.

AUTOR: Vera Lúcia Marques Mendes Lopes

Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria,
Enfermeira,
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospital Geral
lopes.vera@hotmail.com

Ana Sofia Vieira da Silva

Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria,
Enfermeira,
Centro Hospitalar do Porto
sofiavieiradasilva@gmail.com

RESUMO

A necessidade de intervenção em Pedopsiquiatria é evidente, pelo impacto que as perturbações mentais acarretam ao nível da saúde mental infantil e juvenil, pelo escasso número de profissionais de saúde com formação neste âmbito, assim como pelas insuficientes intervenções ao nível da prevenção e tratamento, de forma a promover a saúde mental.

Os adolescentes com défices ao nível das habilidades sociais apresentam um comportamento interativo comprometido que conseqüentemente tem repercussões no funcionamento social. Na procura da excelência do exercício profissional, o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) procura responder às necessidades da população.

Neste sentido, reconhecendo a necessidade de intervenção em Pedopsiquiatria a par com a identificação de uma área relevante para a enfermagem em adolescentes com comportamento interativo, recorreu-se à metodologia de estudo de caso para analisar o impacto de uma intervenção estruturada - Treino Habilidades Sociais (THS) - de acordo com as premissas de uma intervenção efetiva. A seleção da amostra realizou-se de forma não probabilística/intencional, tendo sido constituída por um elemento.

Esta intervenção desenvolveu-se ao longo de quatro sessões consecutivas, com duração de cinquenta minutos.

Os resultados obtidos demonstraram melhorias nos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, observando-se uma evolução ao nível do comportamento interativo.

Palavras-Chave: Enfermagem; Saúde Mental; Adolescência; Treino de Competências Sociais.

ABSTRACT

The need of intervention in the Pedopsychiatry area is crucial, due to the impact of mental disorders to a child and teenager mental health, the low number of trained professionals in the field, as well as the reduced number of interventions to prevent and treat the mental disorders and promote the mental health.

The teenagers with low social skills show a compromised interactive behaviour which consequently has an impact at their social performance. The specialized nurse in mental health and Psychiatry (SNMHP) constantly tries to excel at his professional practice by answering to the population needs.

In this sense, by recognizing the need of intervention in Pedopsychiatry together with the identification of a relevant area for the nursing of teenagers with interactive behaviour, we have applied the case study methodology to analyse the impact of structured intervention – Social Skills Training (TSS) – under the assumptions of an effective intervention of the identified target. The selection of the sample was made using a non probabilistic/intentional mode and contained one element.

The intervention was performed over four consecutive sessions of fifty minutes.

The results showed an improvement in the health of the patients due to the nursing cares, observing an evolution of interactive behaviour level.

Keywords: Nursing; Mental Health; Adolescence; Social Skills Training.

INTRODUÇÃO

A adolescência é um período em que determinados fatores aumentam a predisposição para a doença mental, tais como: a dificuldade de adaptação ao novo papel pelas mudanças psicológicas, familiares e sociais; a vulnerabilidade na gestão das pressões ambientais e a falta de resiliência na gestão do sofrimento (Marcelli & Braconnier, 2005).

Os dados de prevalência de perturbações emocionais e comportamentais na infância e adolescência, estimam que cerca de 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2002; Marques & Cepêda, 2009) o que fundamenta a pertinência do enfoque no adolescente com dificuldades de interação social.

Segundo a OMS (2002) estas perturbações transportam consigo um gasto enorme para a sociedade quer ao nível de recursos humanos quer ao nível financeiro. Para além de que estas virem a tornar-se mais incapacitantes na vida adulta manifestando-se eventualmente sob a forma de esquizofrenia. Para estes jovens, é uma mais valia serem cuidados por EESMP, visto este compreender os processos de sofrimento e perturbação mental assim como as implicações para o seu projeto de vida (OE, 2011), evitando que surjam sequelas, agravamento, complicações secundárias ou instalação de uma patologia crónica (Marcelli & Braconnier, 2005).

O conhecimento sobre o desenvolvimento normal do adolescente capacita o EESMP a distinguir entre o comportamento esperado para a idade e respostas desadaptadas (Stuart & Laraia, 2001), permitindo-lhe desenvolver intervenções terapêuticas eficazes na prevenção e tratamento da doença mental (OE, 2011).

Na procura em adequar os cuidados de enfermagem especializados à necessidade das pessoas, observa-se no âmbito da Pedopsiquiatria que os adolescentes com diagnóstico de esquizofrenia apresentam lacunas no relacionamento interpessoal caracterizado por: alterações da comunicação (iniciar, manter e terminar uma conversa), falta de responsividade emocional, de motivação e isolamento do restante grupo, trazendo repercussões no funcionamento social eficaz (Coelho & Palhas, 2006). Deste modo é necessário desenvolver uma intervenção precoce, para que a perturbação não se transforme numa doença incapacitante (Ballone & Moura, 2008). Para este estudo foi considerada a seguinte questão de investigação: “Como é que o Treino de Habilidades Sociais melhora o comportamento interativo dos adolescentes com défices no funcionamento social?”. Definindo-se como objetivo: avaliar o impacto da intervenção em contexto clínico, em adolescentes com comportamento interativo comprometido.

METODOLOGIA

O estudo insere-se numa abordagem de natureza qualitativa, é um estudo descritivo com recurso à metodologia de estudo de caso. Este considera-se apropriado quando se dispõe de poucos dados sobre o fenómeno considerado (Yin, 2003 citado por Fortin, 2006).

A intervenção foi composta por quatro sessões individuais previamente desenhadas, desenvolvidas ao longo de uma semana, durante cinquenta minutos. Nesta foram utilizadas técnicas comportamentais para promover a mudança de comportamento.

A população do estudo foi constituída por adolescentes de um Departamento de Pedopsiquiatria, com base nos seguintes critérios de inclusão: ter diagnóstico de esquizofrenia; apresentar comportamento interativo comprometido e ter idade entre os 12 e os 17 anos. A escolha do participante baseou-se na obtenção do consentimento informado e na vontade em participar no estudo.

A colheita de dados foi realizada através da observação direta e da entrevista não estruturada. O período de observação decorreu desde o início do THS a 1 de Julho de 2013 até à fase de acompanhamento pós THS a 9 de Julho de 2013.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: A CONSTRUÇÃO DA INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção foi desenhada de forma a garantir a efetividade da intervenção, de acordo com as seguintes premissas: ter uma base teórica conceptual, identificação da relação com os resultados esperados, adequado às características

dos clientes-alvo e ao contexto, definição das características dos executores e dos atributos da intervenção (Conn, Rantz, Wipke-Tevis, Maas, 2001).

- **Base teórica conceptual**

A intervenção desenhada é baseada na Teoria de Hildegard Peplau. Preconiza-se que seja estabelecida a relação terapêutica, para que o enfermeiro possa ajudar o adolescente, e em conjunto reconhecer, esclarecer e definir o problema existente; intervir para que ele desenvolva capacidades/recursos para resolver o problema, recorrendo ao enfermeiro quando necessário, e finalmente quando é capaz de usar os esses recursos, a relação terapêutica termina (George, 2000).

A par desta teoria fundamenta-se esta intervenção recorrendo também à área de conhecimento da Psicologia, em particular ao modelo teórico da Aprendizagem Social de Bandura. No seu modelo é-nos dito que a maior aprendizagem é feita pela observação daqueles que nos são significativos e das respetivas consequências. No caso dos adolescentes, a modelação é feita pela observação dos pais e dos pares, tomando-os como referências nas relações interpessoais estabelecidas, podendo as respostas serem reforçadas ou punidas. A prática e o reforço demonstram ser elementos importantes para produzir comportamentos que foram aprendidos (Loureiro, 2011).

À semelhança de Peplau, o foco central do modelo teórico de Bandura é a interação que decorre entre a situação observada e os processos cognitivos. Desta interação surge a aprendizagem, na qual os mecanismos de regulação são os processos cognitivos (Loureiro, 2011). Verifica-se que estes são importantes na aprendizagem, porém a forma de esta ser validada é através do comportamento a que Bandura utiliza para teorizar a autoeficácia.

A complementaridade da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau e do modelo teórico da Aprendizagem Social de Bandura demonstra a sua utilidade na aplicação do THS. Primeiro pelo estabelecimento da relação terapêutica da qual surge uma experiência de aprendizagem mútua (Stuart & Laraia, 2001), e o segundo pela modelação que constitui a estratégia terapêutica fundamental na maioria dos programas de THS (Del Prette & Del Prette, 2009).

- **Relação da intervenção com os resultados esperados**

Na literatura verifica-se que a sintomatologia em adolescentes com patologia do espectro do autismo e com esquizofrenia, ao nível do funcionamento social é idêntica (Laugeson, Frankel, Gantman, Dillon & Mogil, 2012; Herbrecht, Poustka, Birnkammer,

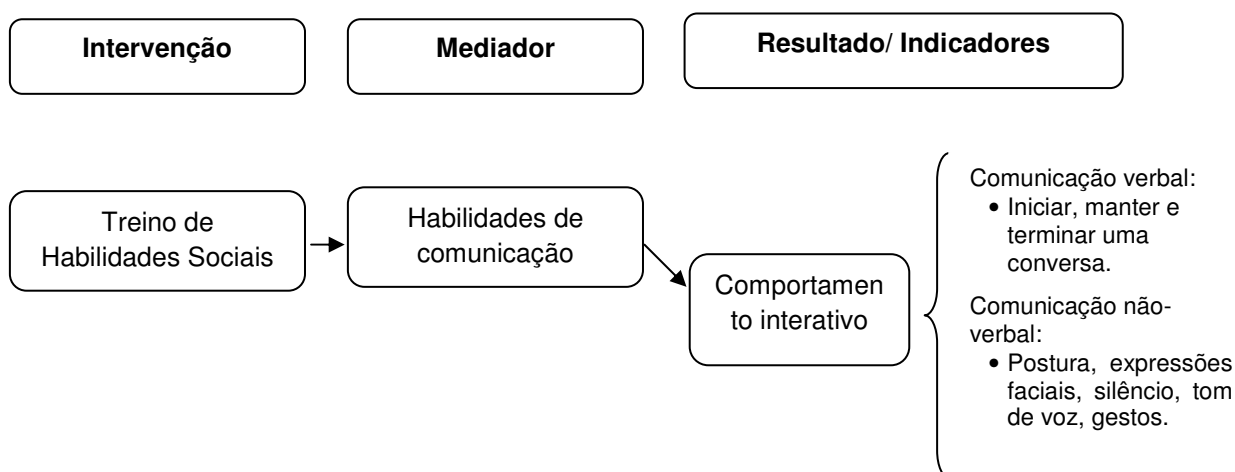
Duketis, Schlitt, Schmotzer, & Bolte, 2009). Assim, apesar da população-alvo dos estudos encontrados ser diferente da procurada, tomam-se os mesmos como sustentação da intervenção desenhada, uma vez que a proposta sobre esta é semelhante.

Relativamente ao comportamento interativo verifica-se uma relação positiva entre as habilidades de conversação, incluindo a comunicação verbal e não-verbal; a cognição social; e o nível cognitivo com o nível de funcionamento social (Laugeson, Frankel, Gantman, Dillon & Mogil, 2012; Herbrecht, Poustka, Birnkammer, Duketis, Schlitt, Schmotzer, & Bolte, 2009).

Quadro 1 – Resultados de Programas/Intervenções de THS

Autor	Desenho do estudo	Objetivos	Participantes	Resultados
Laugeson, E. A., Frankel, F., Gantman, A., Dillon A. R., Mogil C. (2012)	Estudo quase experimental com grupo de controlo	Analisar a eficácia e durabilidade do Programa PEERS (intervenção em grupo de adolescentes com alto funcionamento da patologia autista.	28 adolescentes com autismo, com idades entre os 12 e 17 anos.	O Programa: melhora o conhecimento sobre habilidades sociais, a capacidade de resposta social, as habilidades sociais gerais: comunicação social, cognição social, consciência social, motivação social, afirmação, cooperação e responsabilidade; diminui os maneirismos autistas; e aumenta a frequência de interações entre os pares.
Herbrecht, E., Poustka, F., Birnkammer, S., Duketis, E., Schlitt, S., Schmotzer, G., Bolte, S. (2009)	Estudo quase experimental sem grupo de controlo	Avaliar a eficácia de uma intervenção com o objetivo de melhorar as habilidades sociais e de comunicação em adolescentes e crianças com patologia autista. Examinar a eficácia da intervenção num grupo em regime ambulatorio de crianças e adolescentes com autismo sobre as habilidades sociais.	Crianças e adolescentes com scores de QI>70 e linguagem funcional. Idades entre os 8-13anos e 13-19anos.	A intervenção pode ser útil para melhorar as habilidades de funcionamento social. Não houve uma melhoria significativa das habilidades de conversação e interação. Houve uma relação linear positiva entre o QI e as capacidades verbais. Crianças com problemas de comunicação mais acentuados beneficiam da intervenção.

Figura 1 – Relação entre a intervenção e os resultados esperados



• **Adequação da intervenção às características dos clientes-alvo e ao contexto**

Como clientes-alvo considera-se os adolescentes com diagnóstico médico de esquizofrenia e diagnóstico de enfermagem: comportamento interativo comprometido. Antes da aplicação da intervenção identificam-se os défices das habilidades sociais (Caballo, 2008) dos adolescentes respondendo às questões *screening* de avaliação diagnóstica apresentadas no quadro 2.

Quadro 2 – *Screening* de avaliação diagnóstica

Questões <i>screening</i>	Avaliação	
	Sim	Não
1- O adolescente está sozinho?		
2- Interage pontualmente com os outros?		
3- É incapaz de iniciar uma conversa com os outros?		
4- Deseja amigos/as ou relações mais íntimas?		

Caso todas as respostas sejam positivas considera-se que o adolescente reúne critérios para participar no THS. Preconiza-se também que este se encontre em fase aguda, com tratamento farmacológico instituído e com atividade delirante e alucinatória diminuída.

O THS pode ser desenvolvido como uma intervenção grupal ou individual (Loureiro, 2011; Del Prette & Del Prette, 2009; Cabalo, 2008). Contudo numa fase inicial preconiza-se que a intervenção seja individual porque permite: a observação contínua, e uma constante reavaliação da eficácia particular das atividades definidas a aplicar; em focar nos défices particulares da pessoa, podendo ajustar o conteúdo da

intervenção, e observar a evolução das habilidades; e finalmente as variações apresentadas pelo adolescente não passam despercebidas (Caballo, 2008).

Vários estudos indicam que o THS pode ser aplicado em diversos *settings* (Kopelowicz, Liberman & Zarate, 2006). As características individuais do adolescente interferem na aquisição, melhoria e manutenção das habilidades sociais, determinando a necessidade de prolongar as sessões. O treino deve estar sempre disponível quer sob a forma de sessões de apoio quer como manutenção, visto as competências se desenvolverem e mudarem com o tempo (Caballo, 2007).

Esta intervenção deve ser desenvolvida num *setting* clínico porque numa fase inicial o ambiente deve ser controlado e protegido (ambiente terapêutico), de forma a proporcionar rituais que tornam as intervenções securizantes.

- **Definição das características dos executores**

Reconhecendo que as intervenções desenvolvidas por profissionais competentes e com formação na área revelam-se mais efetivas (Conn et. al., 2001) entendemos que os executores deste THS devem ser EESMP.

Para a aplicação da intervenção os executores devem ser informados sobre os objetivos da intervenção, a sua base teórica conceptual, os resultados esperados, e os procedimentos a ter em relação à sua implementação.

Os adolescentes com comportamento interativo comprometido demonstram défices marcados nas habilidades sociais, que conseqüentemente traduzem relacionamentos sociais ineficazes (Bellack, Mueser, Gingerich & Agresta (1997) citado por Coelho & Palhas (2006). O comportamento social engloba um conjunto de ações, atitudes e pensamento que a pessoa apresenta relativamente aos outros com quem interage, e em relação a si próprio, no qual é necessário deter autoconhecimento e assertividade (Loureiro, 2011). Estas são duas das competências comuns dos enfermeiros especialistas, no domínio das aprendizagens profissionais conforme o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (nº122/2011). Particularmente, no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP) o enfermeiro é aquele que manifesta perícia ao nível das relações interpessoais, uma vez que utiliza esse saber e a si próprio como ferramenta terapêutica na interação com os outros. Neste sentido serve como modelo nas interações sociais positivas.

A natureza da intervenção exige que os executores tenham experiência mínima de dois anos em cuidados de ESMP, mais especificamente na adolescência, e experiência prévia de supervisão, que possuam conhecimentos teóricos sobre o comportamento interativo e a sua operacionalização através do THS.

As competências do EESMP são fundamentais na medida em que através de psicoterapias e socioterapias é possível aumentar o *insight* do adolescente, permitindo elaborar novas razões para o problema; facilitar respostas adaptativas que lhe permitam recuperar a saúde mental; e ajuda-lo a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os défices por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida (Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro).

- **Caracterização da intervenção**

Em situações de défices ou dificuldades interpessoais, o THS é uma forma de intervenção com o propósito de desenvolver o repertório de habilidades sociais maximizando as relações positivas em situação de interação social (Loureiro, 2011).

Antes de implementar uma intervenção é necessário ter em consideração quais os objetivos que se pretendem atingir. Assim inicia-se o THS pela identificação conjunta com a pessoa, das áreas específicas nas quais tem dificuldades (Caballo, 2008). Nos casos específicos, em que os programas de THS são aplicados a crianças e adolescentes com perturbações mentais, espera-se que os mesmos sejam aceites no grupo de amigos e que haja um aumento da satisfação nas interações sociais (Lewis, 1995).

Pela multiplicidade de aspetos que podem ser trabalhados no THS, o número de sessões é variável desde 2 a 3 sessões, ou 1 a 7 sessões por semana (Caballo, 2007; Coelho & Palhas, 2006) com período de duração entre 30 a 90 minutos ou 2 horas (Coelho & Palhas, 2006; Loureiro, 2013), podendo ocorrer durante 4 ou 6 meses (Loureiro, 2013). Vários autores salientam os benefícios para treinos com curtos espaços de tempo entre as sessões, por minimizar o esquecimento e permitir uma rápida aquisição e generalização das habilidades, aumentando a sua durabilidade (Liberman e col., 1989 citado por Coelho & Palhas, 2006; Caballo, 2007).

Relativamente à dinâmica das sessões, esta é variável. Na primeira sessão é fundamental estabelecer-se o primeiro contacto, apresenta-se o que se pretende com a intervenção, estabelece-se as primeiras relações interpessoais, e normas de confidencialidade e de compromisso de participação no THS (Loureiro, 2013).

As sessões intermédias decompõem-se em três momentos: momento inicial, em que é feito um resumo da sessão anterior e apresentam-se os trabalhos de casa procedendo à sua correção. O momento de desenvolvimento da sessão propriamente dita, no qual se desenvolvem as atividades planeadas previamente, recorrendo às várias técnicas, no sentido de atingir os objetivos propostos. O momento final, em que se realiza um resumo da sessão e da participação da pessoa reforçando o que atingiu e indicando o

que se prevê ser alcançado. Estabelece-se o trabalho de casa e dá-se por encerrada a sessão (Loureiro, 2013).

A progressão do treino deve ser gradual e focar-se nas pequenas unidades de comportamento. A componente educacional centra-se na representação de papéis, na qual são seleccionados cenários breves e situações semelhantes às quais o adolescente vivencia no dia-a-dia. O enfermeiro pode servir de modelo para alguns comportamentos e o progresso do adolescente focaliza-se nas necessidades e limitações (Townsend, 2011).

As técnicas utilizadas no THS são essencialmente comportamentais, mas também podem ser inseridas num paradigma cognitivo e cognitivo-comportamental, tal como esquematizado no quadro 3.

Quadro 3 – Técnicas utilizadas no THS

Técnicas	
Modelagem	<i>Feedback</i>
<i>Role playing</i>	Dessensibilização sistemática
Reforço	Técnica de resolução de problemas
Trabalhos de casa	Técnica de reestruturação cognitiva
Ensaio comportamental	Instruções/Ensino

A avaliação do THS deve ser contínua e realizada em quatro momentos: antes, durante, após a intervenção e na fase de acompanhamento pós intervenção (Caballo 2008).

- **Antes da intervenção:** identificam-se os défices ao nível das competências sociais, sendo fundamental ir do geral para o específico através de questões. Em primeiro lugar fazem-se questões ao adolescente, às pessoas próximas e aos que lhe prestam cuidados. Após identificar quais as áreas problemáticas, pode-se realizar uma avaliação mais específica dos défices das habilidades sociais através da representação de papéis (Caballo, 2008).
- **Durante a intervenção:** analisa-se o comportamento, verificam-se alterações que consequentemente minimizam os défices de funcionamento social, e se o adolescente é capaz de avaliar os progressos. Este momento de avaliação permite perceber se a intervenção está adequada ou se necessita de pequenas alterações.
- **Após a intervenção:** identificam-se as alterações de comportamento comparativamente com o início da intervenção (Caballo, 2008). Nesta fase,

colocam-se novamente as questões *screening* para estabelecer o diagnóstico de enfermagem após a intervenção, e demonstrar os ganhos em saúde, apresentados no quadro 4.

Quadro 4 – Avaliação diagnóstica e estratificação do diagnóstico

Questões <i>screening</i>								Resultado	Diagnóstico de enfermagem
1		2		3		4			
Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não		
x		x		x		x		✓ 4 respostas afirmativas	Comportamento interativo comprometido, em grau elevado
x		x		x			x	✓ 3 respostas afirmativas e 1 negativa ✓ 2 afirmativas e 2 negativas	Comportamento interativo comprometido, em grau moderado
x		x			x	x			
	x		x	x		x			
x		x			x		x		
	x		x		x	x		✓ 3 respostas negativas e 1 afirmativa	Comportamento interativo comprometido, em grau reduzido
	x		x		x		x	✓ 4 respostas negativas	

A sistematização da prática clínica permite ao enfermeiro mobilizar vários saberes e integrá-los na prática clínica, contribuindo para um exercício de excelência (Sequeira, 2006). Face a cada diagnóstico de enfermagem estabelecem-se intervenções através da CIPE versão 2.0, NIC e NOC (McCloskey & Bulechek, 2004) de forma a sistematizar o registo da prática, observe-se o quadro 5.

Quadro 5 – Intervenções de enfermagem definidas para cada diagnóstico

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem
Comportamento interativo comprometido, em grau elevado	<p>✓ Aplicar THS:</p> <p>Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajudar a pessoa a identificar problemas interpessoais resultantes de deficiências sociais de habilidades sociais; - Auxiliar a pessoa a identificar etapas comportamentais para a habilidade social que é o seu alvo; - Oferecer modelos que demonstrem as etapas comportamentais no contexto social da pessoa; - Ajudar a pessoa a desempenhar o papel nas etapas comportamentais; - Encorajar a pessoa a desenvolver relações;

	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar a pessoa a aumentar a percepção dos pontos fortes e as limitações na comunicação com os outros; - Utilizar o <i>role-playing</i> para praticar as habilidades de comunicação. <p>✓ Supervisionar o comportamento interativo;</p>
Comportamento interativo comprometido, em grau moderado	<p>✓ Aplicar THS;</p> <p>✓ Assistir no comportamento interativo:</p> <p>Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar a pessoa durante a relação interpessoal; - Proporcionar experiências de comunicação verbal; - Desenvolver dinâmicas de grupo para treinar as aprendizagens adquiridas. <p>✓ Supervisionar o comportamento interativo;</p>
Comportamento interativo comprometido, em grau reduzido	<p>✓ Aplicar THS;</p> <p>✓ Incentivar o comportamento interativo:</p> <p>Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encorajar maior envolvimento nas relações já estabelecidas; - Encorajar a pessoa a mudar de ambiente; - Encorajar a pessoa a autoavaliar os resultados das suas interações interpessoais e autocompensar por resultados positivos. <p>✓ Supervisionar o comportamento interativo.</p>

- **Fase de acompanhamento pós intervenção:** a avaliação permite perceber se as mudanças se mantêm, se são efetivas e se houve a possibilidade de generalização a outros contextos de vida diária, possibilitando avaliar a eficácia do programa e o impacto do mesmo na vida do adolescente (Caballo, 2008).

ANÁLISE DOS RESULTADOS

De forma a facilitar o processo de observação dos resultados construiu-se uma *check list* de avaliação tornando perceptível os ganhos em saúde (quadro 6). Esta construção baseou-se na observação do comportamento descrita anteriormente e no Inventário de Habilidades Sociais de Del Prette.

Quadro 6 – *Check list* de avaliação

Sessão	Unidades de comportamento	Avaliação	
		Sim	Não
	Quando se encontra próximo de uma pessoa que gostaria de conhecer tem dificuldade em abordá-la para iniciar uma conversa.	x	
	Inicia a conversa com a outra pessoa com saudação.	x	

1	Reconhece aspetos da comunicação não-verbal que pode utilizar para comunicar.	x	
	Consegue fazer uma questão geral, específica e de sentimentos.	x	
	Coloca as questões de forma coerente.		x
	No seu grupo de amigos, fica à vontade e conversa naturalmente.		x
2	Utiliza aspetos da comunicação não-verbal que pode utilizar durante a interação com o outro.	x	
	Estabelece contacto ocular durante a conversação.	x	
	Mantém uma postura próxima durante a interação com o outro.	x	
	Complementa a comunicação verbal com a não-verbal.		x
	Sabe gerir o silêncio.		x
3	Reconhece os níveis de intimidade dos temas que pode conversar com os outros.	x	
	Identifica corretamente com quem pode falar sobre um tema com muita intimidade.	x	
	Consegue escolher um tema para conversar com os outros.		x
	Quando está com uma pessoa que acabou de conhecer, tem dificuldade em manter uma conversa.	x	
	Interrompe conversas sem perceber se o momento é oportuno.	x	
4	Capaz de organizar uma conversa.		x
	Coloca questões de forma a conhecer o outro.		x
	Articula as questões, aproveitando as respostas do outro.		x
	Demonstra <i>feedback</i> durante a conversação.		x
	Tem dificuldade em terminar a sua participação numa conversa, aguarda que seja o outro.	x	
	Termina abruptamente uma conversa.	x	
	No final da conversa despede-se do outro.		x

Após a intervenção ocorreu uma pequena mudança no comportamento interativo da jovem. Verifica-se que consolidou a iniciação de uma conversa, mas não é capaz de manter e terminar. Na interação com os outros demonstra maior abertura e disponibilidade.

Na fase de acompanhamento pós-intervenção não mantém uma conversa com aqueles que a rodeiam de forma autónoma, necessita de ser assistida. Apesar dos défices cognitivos, sociais, e as características pessoais, a adolescente após o THS apresentou um comportamento interativo melhorado.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O fato de os resultados não serem mais significativos poderá estar relacionado com a curta duração da intervenção face ao que é preconizado pela literatura para a aplicação do THS.

Confirma-se que a sintomatologia tem um impacto profundo na *performance* social do adolescente e nas suas habilidades sociais (Coelho & Palhas, 2006). Relativamente ao comportamento verbal verifica-se a alojia característica em pessoas com esquizofrenia, manifestando-se através de respostas lacónicas. Demonstrou diminuição do pensamento, com redução da fluência e produtividade do discurso (Coelho & Palhas, 2006). Os tempos de resposta eram deficientes (Liberman e col., 1982 citado por Coelho & Palhas, 2006) e a falta de destreza, levou a terminar abruptamente a conversa (Bellack e col., 1997 citado por Coelho & Palhas, 2006). A destreza e criatividade para escolher um tema e manter uma conversação estavam ausentes.

Todas estas características ao nível do comportamento verbal têm uma influência negativa na comunicação que se desenvolve nas relações interpessoais. Neste sentido, observou-se que a adolescente apesar de conseguir estar em grupo não mantém uma conversa com os que a rodeiam, revelando a sua autoeficácia social. Apresenta crenças sobre a sua própria competência social que afeta o seu pensamento, emoções e outros fatores pessoais que influenciam o seu comportamento (Del Prette & Del Prette, 2009).

Embora a base conceptual teórica da intervenção seja fundamentalmente sustentada na Teoria de Peplau, o contributo do Modelo da Aprendizagem Social de Bandura demonstrou igualmente a sua utilidade. Foi pela observação do enfermeiro que a jovem tomou o mesmo como modelo de referência na interação social, revelando respostas sociais positivas na fase de acompanhamento pós-intervenção. Verifica-se que a escolha das técnicas aplicadas nas sessões foi correta e tiveram impacto na aprendizagem e aquisição de habilidades de conversação. A modelagem foi fundamental, a jovem tomou como referência as questões que foram colocadas durante o treino, e repetiu-as no contexto da vida real.

Posto isto, vamos de encontro ao que Del Prette & Del Prette (2009) diz sobre o comportamento humano. Através do Modelo de Reciprocidade Triádica podemos explicar o comportamento da adolescente, dizendo que a mesma desenvolveu crenças positivas quanto à sua capacidade para manter uma conversação com os outros. Como esta atividade social era do seu interesse, as crenças influenciaram o estado afetivo, gerando sentimentos e expectativas de resultado positivos. Isto levou a que se mantivesse em grupo, observando-se uma mudança comportamental na interação, o que permitiu aperfeiçoar as habilidades de abordagem inicial ao outro e como iniciar, manter e terminar uma conversa. A adolescente tornou-se mais competente e estabeleceu regras funcionais de interação com o seu ambiente social.

Na fase de acompanhamento pós-intervenção foi capaz de manter uma conversa, fazendo questões para além das aprendidas nas sessões, com o objetivo de conhecer melhor o outro. A autoperceção da autoeficácia social aumentou ao longo do treino. Ao focalizarmo-nos nas pequenas unidades de comportamento (Townsend, 2011) verifica-se que a jovem consolidou habilidades.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Através da análise e discussão dos resultados obtidos podemos concluir que o estudo de caso indica um impacto positivo. A construção da intervenção segundo as premissas de uma intervenção efetiva permite uniformizar o desenvolvimento da mesma para todos os EESMP.

A base conceptual da intervenção e as técnicas do THS favoreceram a mudança de comportamento da adolescente. O desenvolvimento da intervenção de forma individual revela potencialidades na sua aplicabilidade no âmbito da pedopsiquiatria. Tal como já foi referido, a necessidade de intervenção precoce em crianças e adolescentes com doenças mentais incapacitantes é essencial, para que estas perturbações não se tornem ainda mais incapacitantes.

O número de sessões efetuadas bem como a amostra reduzida constituem limitações do estudo, na medida em que, com um maior número de sessões e participantes se poderia chegar a resultados mais credíveis, apesar de que os obtidos permitem abrir caminho para estudos de maior envergadura. Sugere-se ainda que o preenchimento da *check list* elaborada se faça através de respostas do tipo *likert*.

Os enfermeiros especialistas em saúde mental adquirem competências científicas e técnicas que lhes permite assumir um papel de relevo na conceção, implementação e avaliação de programas, sendo necessário ter por base, os contributos teóricos explicativos que sustentam uma abordagem aplicada (Loureiro, 2011). Neste sentido, o contributo vai de encontro ao que a OE preconiza no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, a identificação e mobilização de recursos que colaborem na reabilitação psicossocial e, a conceção e desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial para pessoas com doença mental grave ou de evolução prolongada, nas equipas técnicas que integra.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ballone, G. J. & Moura E.C. (2008). *Psicose na Adolescência*. In: Psiqweb. Acedido em 6 de Julho de 2013 em <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=149>.
- Caballo, V. E. (2008). *Manual de avaliação e treinamento de habilidades sociais*. 2ª edição, São Paulo: Editora Santos.
- Caballo, V. E. (2007). Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicóticos. Livraria Santos Editora.
- Coelho, C. & Palha, A. (2006). *Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com esquizofrenia*. 1ª edição, Lisboa.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal.
- Conn, V. S., Rantz, M. J., Wipke-Tevis, D. D., & Maas, M. L. (2001). Designing Effective Nursing Interventions. *Research in Nursing & Health*, 24, 433 - 442.
- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (2009). *Psicologia das habilidades sociais: Diversidade teórica e suas implicações*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- George, J. B. (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: artes médicas.
- Herbrecht, E., Poustka, F., Birnkammer, S., Duketis E., Schlitt, S., Schmo"tzer, G., Bo"lte, S. (2009). Pilot evaluation of the Frankfurt Social Skills Training for children and adolescents with autism spectrum disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18 (6).
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P. & Zarate, R. (2006). Recent Advances in Social Skills Training for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 32 (1), 12–23.
- Laugeson, E. A., Frankel, F., Gantman, A., Dillon, A. R. & Mogil, C. (2012). Evidence-Based Social Skills Training for Adolescents with Autism Spectrum Disorders: The UCLA PEERS program. *J Autism Dev Disord* (42), 1025–1036.
- Lewis, M. (1995). *Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Loureiro, C. (2011). Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: conceptualização e modelos teóricos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 6, 7-14.
- Loureiro, C. (2013). Treino de Competências Sociais – Uma estratégia em saúde mental; técnicas e procedimentos para a intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 9, 41-47.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Marques, C. & Cepêda, T. (2009). *Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Coordenação Nacional para a Saúde mental.
- McCloskey, J. C. & Bulechek, G. M. (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. Artmed.
- Ministério da Saúde (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. 1ª edição, Lisboa: Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde/OMS.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa.
- Regulamento n.º 129/2011. *Regula as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Diário da República, 2.ª série, n.º 35, 18 de Fevereiro, 8669-8673.
- Regulamento n.º 122/2011. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª Série, n.º 35, 18 de Fevereiro, 8648-8653.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica. Do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria*. 1ª edição, Coleção enfermagem.
- Stuart, G. W. & Laraia, M. T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Práticas*. Trad. Dayse Batista. 6ª edição. Porto Alegre, Artemed Editora.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria. Conceitos de cuidados na prática baseada na evidência*. Loures: Lusociência.