



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

A depressão, um problema para os adolescentes

Neuza Cristina Godinho Fagundes

Orientação: Professora Dulce Magalhães

Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

Évora, 2016

Este relatório não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

A depressão, um problema para os adolescentes

Neuza Cristina Godinho Fagundes

Orientação: Professora Dulce Magalhães

Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

Évora, 2016

Este relatório não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri

A depressão é uma caixa de monstros,
que assombra quem a tem,
e que mais ninguém vê.

Neuza Fagundes

Agradecimentos

Este relatório de ensino clínico não teria sido possível sem a colaboração e a boa vontade daqueles a que agora me refiro. A todos os meus sinceros agradecimentos.

À Professora Dulce Magalhães, orientadora de ensino clínico e do presente relatório, um agradecimento muito especial por todo o apoio, estímulo e disponibilidade que me prestou. Agradeço-lhe ainda, por ter encarnado realmente o papel, que julgo ser aquele que se espera de um orientador, através da disponibilidade e auxílio demonstrado.

Ao enfermeiro João Garcia, supervisor do ensino clínico, pelo apoio, orientação, disponibilidade e boa disposição.

Ao enfermeiro Artur Mendes, enfermeiro responsável do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Espírito Santo de Évora, local onde desempenho funções; pela ajuda, boa disposição, orientações, discussões e troca de opiniões e ideias. Que sempre me ouviu e apoiou ao longo do ensino clínico e da realização deste relatório.

À equipa de pedopsiquiatria do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Espírito Santo de Évora, por me terem acolhido e auxiliado neste processo de desenvolvimento de competências.

Aos meus colegas (enfermeiros) e toda a equipa multidisciplinar (diretor, médicos, assistentes operacionais, assistente social, psicólogos, educadoras, terapeutas, etc.) do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Espírito Santo de Évora, pela boa disposição, amizade e ajuda que sempre me deram, no decorrer deste processo de desenvolvimento de competências.

Aos Professores que me acompanharam ao longo do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Psiquiatria, pela ajuda, disponibilidade e atenção que sempre demonstraram.

Ao Enfermeiro Diretor do Hospital Espírito Santo de Évora, José Manuel Chora, por me ter dado a oportunidade de trabalhar no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

Aos técnicos, com quem estabeleci relações profissionais, ao longo do trabalho desenvolvido no decorrer do ensino clínico, pela prestação e disponibilidade demonstrada.

À minha família que sempre esteve presente, e sempre me apoiou ao longo deste percurso.

Resumo

Este relatório é a expressão de vivências enriquecedoras e das competências adquiridas que permitiram o desenvolvimento de intervenções, que foram reconhecidas como adequadas pelos adolescentes deprimidos. Esta população foi escolhida como alvo porque a depressão lhes causa sofrimento com consequências graves no seu desenvolvimento.

O desenvolvimento das intervenções com os adolescentes foi organizado por um conjunto de estratégias definidas e documentadas pela literatura. Este processo de desenvolvimento de competências esteve associado a uma reflexão sobre as ações, e estratégias que foram desenvolvidas com os adolescentes. Neste processo realizei avaliação diagnóstica e consequente intervenção terapêutica de forma sistemática e contínua, com os adolescentes, de forma a ajudar a restaurar a sua saúde mental.

No final do programa terapêutico que foi instituído com os adolescentes observámos melhorias das queixas iniciais, alterações comportamentais, aumento da qualidade de vida e bem-estar, trazendo-lhes maior satisfação com a sua vida.

Palavras-chave: adolescentes, depressão, avaliação diagnóstica/intervenção.

Abstract

Depression, a problema for adolescents

This report is the expression of enriching experiences and of the skills acquired that allowed the development of interventions which are recognized as appropriate for depressed adolescents. I choose this population as a target because depression causes, in several cases, suffering with serious consequences for their development.

The development of interventions with adolescents was organized based on a set of strategies defined and documented by scientific literature. This skills development process was associated with a reflection on the actions and strategies that have been developed with the adolescents. In this process, I performed (systematically and continuously), with the adolescents, diagnostic evaluation and subsequent therapeutic intervention, in order to help restore their sanity.

At the end of the therapeutic program instituted with adolescents, we observed improvements of the initial complaints, behavioral changes, increased quality of life and well-being. All these improvements results in greater satisfaction in their own lives.

Key words: adolescents, depression, diagnostic evaluation/intervention.

Lista de siglas

APA – American Psychiatric Association

APPACDM – Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

BDI-II – Beck Depression Inventory-II (Escala de avaliação de depressão de Beck II)

CERCI – Cooperação para Educação, Reabilitação e Inserção de Cidadãos Inadaptados

CRI – Centro de Respostas Integradas

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ECTS – Sistema Europeu de Acumulação e Transferência de Créditos

HESE – Hospital Espírito Santo de Évora

INT – Índice Nacional Terapêutico

NIC – Classificação das intervenções de enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros

SPS – Sociedade Portuguesa de Suicidiologia

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences - Pacote Estatístico para as Ciências Sociais

Índice

0 – Introdução.....	9
1 - Identificação e caracterização do contexto e ambiente do ensino clínico	13
2 – Caracterização da população	16
3 – Desenvolvimento de competências.....	20
3.1 - Avaliação diagnóstica no desenvolvimento de competências	23
3.2 - Intervenções usadas no desenvolvimento de competências	24
3.2.1 – Avaliação das intervenções.....	35
3.3 – Apresentação de situações clínicas	37
3.4 – Síntese dos resultados obtidos.....	85
4 – Reflexão sobre o desenvolvimento de competências.....	90
5 – Conclusão	93
6 - Referências bibliográficas	95
Anexos.....	103
Anexo I - Escala de avaliação da depressão de Beck II	104
Anexo II – Situações clínicas.....	107
Anexo III – PowerPoint - Treino assertivo.....	146
Anexo IV – Exercícios de auto conhecimento.....	155
Anexo V – Registo dos pensamentos disfuncionais.....	156
Anexo VI – Indicadores de resultados.....	158

Índice de tabelas, esquemas e gráficos

Esquema 1: Genograma – jovem FM	39
Esquema 2: Linha de vida – jovem FM	43
Esquema 3: “ <i>A minha vida</i> ” – jovem FM	44
Esquema 4: Ecomapa – jovem FM	44
Esquema 5: Como se sentia antes e como se sente agora – jovem FM	51
Esquema 6: Como se sentia antes e como se sente agora – jovem FM	53
Desenho 1: Carta para a enfermeira	54
Desenho 2: Desenho para a enfermeira	54
Esquema 7: Comportamento na casa da mãe e na casa do pai – jovem FM	55
Tabela 1: Tabela de avaliação - jovem FM	62
Tabela 2: Tabela de avaliação – jovem FM	63
Tabela 3: Tabela de avaliação - jovem FM	64
Tabela 4: Tabela de avaliação - jovem FM	65
Esquema 8: Genograma – jovem DG	67
Esquema 9: Quando sai de casa – jovem DG	68
Esquema 10: Linha de vida – jovem DG	70
Esquema 11: Ecomapa – jovem DG	71
Esquema 12: Curso profissional – jovem DG	77
Esquema 13: Deslocação para o curso profissional – jovem DG	79
Tabela 5: Tabela de avaliação - jovem DG	82
Tabela 6: Tabela de avaliação - jovem DG	83
Tabela 7: Tabela de avaliação - jovem DG	84
Tabela 8 - Juízos de diagnóstico	85
Gráfico 1: BDI-II	88

0 – Introdução

Os conhecimentos teóricos são os verdadeiros alicerces que aliados à prática clínica fazem do enfermeiro um profissional competente e de excelência. São conhecimentos que exigem aprendizagens em contextos diferentes. A aprendizagem teórica é normativa e é passível de ser aprendida nos contextos académicos. A aprendizagem da prática clínica é dinâmica porque há uma interação dialética entre o conhecimento teórico e a prática clínica.

Segundo Vasconcelos (1992) cit. por Silva (1997) os ensinamentos clínicos destinam-se a complementar a formação pessoal e profissional bem como o desenvolvimento de competências clínicas. De facto, o ensino clínico permite a consciencialização gradual das diferentes funções que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho (Matos 2009). A prática é por excelência um “motor” mobilizador dos conhecimentos adquiridos e, como diz Silva (1997) é no ensino clínico que os estudantes completam a sua aprendizagem, desenvolvem a sua identidade profissional e, ao “agir em situação”, adquirem competências. Segundo o mesmo autor, no curso de enfermagem é indispensável a existência de uma formação prática (ensino clínico) que deva alternar com a formação teórica, pois, a produção de competências não cabe só à formação académica mas também à formação clínica. É no agir em situação que se revelam as competências.

Dentro das competências um dos processos relevantes são os conhecimentos. Os conhecimentos teóricos e os conhecimentos práticos permitem que possamos compreender os adolescentes. Porque para trabalharmos com eles, de forma a ajudá-los no seu desenvolvimento e crescimento saudável, precisamos de saber como se sentem, como é a sua experiência de vida, ou seja, como vivem o processo de saúde-doença.

O conhecimento criado na área disciplinar da enfermagem facilita-nos a compreensão de algumas situações clínicas, ou seja, facilita-nos a compreensão das vivências particulares em cada situação. Neste sentido o utente tem de ser sempre visto no seu ambiente, e não deve ser ignorado que o ambiente específico da adolescência tende a apresentar uma sucessão de crises adaptativas (é um período de sucessivos e incontroláveis tumultos emocionais).

A adolescência é, acima de tudo, crescimento físico e mental, maturidade e desenvolvimento (físico, mental e social), onde em cada um dos parâmetros de

desenvolvimento são passíveis de ocorrerem desvios ao padrão normativo. A adolescência é um período de grande vulnerabilidade, é uma fase de passagem, da infância para a idade adulta; é um período em que o jovem não está a descobrir o mundo e o que este lhe oferece, mas está a descobrir-se a si, a desenvolver capacidades e habilidades e a conhecer as suas próprias potencialidades. Um momento errado, uma peça errada neste quebra-cabeças pode comprometer todo o final e toda a montagem. É essencial perceber que a cada dia que passa o jovem estará diferente (Sampaio, 2006). É, então, importante perceber que o adolescente está a passar por um processo que não é fácil. Por isso, será necessário perceber como ele se vê, como está a lidar com as mudanças e se as aceita, de forma a perceber se vai ter um desenvolvimento saudável ou se o *stress* de lidar com esta nova imagem e aceitação vai culminar numa crise com resolução negativa¹, que se identifica com uma perturbação ao desenvolvimento normal.

Sendo a adolescência um período marcado por diversas mudanças físicas, psicológicas e de vulnerabilidade versus maturidade, o jovem encontra-se perante uma fase que pode favorecer o desencadeamento de uma série de transtornos psiquiátricos, entre os quais os transtornos depressivos (Zavaschi, 2009). Esta doença tem surgido cada vez mais precocemente na população (Fonseca, Coutinho e Azevedo, 2008; Hamdi e Iacono, 2013). Atualmente, a depressão nesta faixa-etária é considerada um grave problema de saúde mundial, já que estudos epidemiológicos estimam que há uma prevalência de 20% de transtornos depressivos neste período (Wainer e Piccoloto, 2011). Temos, sobretudo, de tentar prevenir que os processos patológicos se instalem, percebendo os primeiros sinais de que algo não está bem. Pelo que se torna importante perceber nesta fase da vida dos jovens, o ambiente, a saúde e os cuidados de enfermagem essenciais para se entender e se tratar, para que mais rapidamente os adolescentes em conflito/crise com resolução negativa retomem o seu crescimento normal.

¹ Segundo Erickson cit por. Melo (2009) um dos conceitos fundamentais na teoria de Erickson é o de crise ou conflito que o indivíduo vive ao longo dos períodos por que vai passando, desde o nascimento até ao final da vida. Cada conflito tem de ser resolvido positiva ou negativamente pelo indivíduo.

A resolução positiva traduz-se numa virtude, que é um ganho psicológico, emocional e social: uma qualidade, um valor, um sentimento, em suma, uma característica de personalidade que lhe confere equilíbrio mental e capacidade de um bom relacionamento social.

Se a resolução da crise for negativa, o indivíduo sentir-se-á socialmente desajustado e tenderá a desenvolver sentimentos de ansiedade e de fracasso. Contudo, numa fase posterior, a pessoa pode passar por vivências que lhe refaçam o equilíbrio e o compensem, reconstruindo-lhe o seu auto-conceito.

Esta é uma problemática que tem suporte no enquadramento conceitual da área da profissão, e tem vindo a ser objeto de interesse e de atenção dos enfermeiros.

Antes da realização do ensino clínico estavam previamente definidos (aquando da realização do projeto de ensino clínico) os objetivos, competências a desenvolver e intervenções que me propunha incrementar com os adolescentes deprimidos. A eleição da problemática em análise foi considerada relevante porque desempenho funções como enfermeira no DPSM – internamento há 5 anos, e tenho a vontade de realizar um projeto profissional de apoio aos adolescentes, no departamento onde trabalho, pois considero necessário a existência de um enfermeiro, e passo a justificar. Os adolescentes como se encontram em transição da infância para a idade adulta, alguns são acompanhados pela pedopsiquiatria e outros pela consulta do adulto. Pelo que a existência de um enfermeiro que possa fazer “a ponte” entre a infância e o adulto, fazendo também a articulação com outros técnicos e redes de apoio (escolas, centros de saúde, centros juvenis), torna-se importante, e considero que as competências que adquiri são mais-valias para os mesmos. Pelo que o projeto desenvolvido e as intervenções realizadas prenderam-se com essa necessidade.

O presente relatório tem por objetivo dar a conhecer o trabalho realizado durante o ensino clínico, no contexto, as competências que acredito ter adquirido e o seu contributo para o meu crescimento pessoal e profissional. Este, enquadra-se no meu projeto de vida, sendo feito de valores e assente numa filosofia de ação, com objetivos, estratégias e competências, permitindo ao mesmo tempo alguma autonomia e criatividade, dando utilidade à experiência adquirida, recriando intervenções e indicadores de avaliação facilitadores do processo de intervenção. Assumir-se-á como uma exposição escrita, relativa ao meu percurso ao longo do ensino clínico e das atividades desenvolvidas, definidas e elaboradas no projeto desenvolvido para realizar no ensino clínico. De forma simples e concisa pretendo ao longo do mesmo, identificar e caracterizar o contexto e ambiente onde foram desenvolvidas as competências, para uma melhor compreensão da importância da escolha deste local para realização do ensino clínico; seguidamente apresento a população, porque as intervenções são diferentes dependendo da população com que se trabalha; a seguir exponho o processo usado ao longo do ensino clínico, no desenvolvimento de competências. Porque a apresentação destes pontos é fundamental, pois correspondem a todo o processo de

desenvolvimento de competências. Por fim realizei a reflexão acerca do desenvolvimento de competências. Posto isto, encontram-se a conclusão; bibliografia e os anexos.

1 - Identificação e caracterização do contexto e ambiente do ensino clínico

Na escolha do local para desenvolver competências clínicas considerei os meus objetivos pessoais e profissionais e os objetivos do curso. Pelo que me propus desenvolvê-las num contexto por mim conhecido e que reconheço como um ambiente de boas práticas, o DPSM – consulta externa. Sob a precetoria do Enfermeiro João Garcia e a orientação da Professora Dulce Magalhães.

Um dos recursos relevantes para o exercício da enfermagem psiquiátrica é a composição e manutenção do ambiente terapêutico, o qual abrange e reconhece que pessoas, local, estrutura física e clima emocional são relevantes para o tratamento (Mancilha et al. 2011). Características de uma estrutura física adequada contemplam, um ambiente limpo, arejado, que transmita tranquilidade e segurança e que garanta a privacidade dos utentes (Mancilha et al, 2011). Sendo o ambiente terapêutico definido como uma série de atividades organizadas com um fim terapêutico, tendo em conta as necessidades dos utentes (Calvo, 2011).

Pelo que, considero que o local onde realizei o ensino clínico possui recursos humanos e materiais para a produção e manutenção de um bom ambiente terapêutico. Promovendo uma série de atividades organizadas com um fim terapêutico (Tamayo, 1985, cit. por Calvo, 2011) e, adotando uma atitude profissional que permite e favorece o desenrolar de condutas adaptativas (Morrison, 1999 cit. por Calvo, 2011), oferecendo um ambiente seguro, instalações físicas confortáveis, que promovem a privacidade e tranquilidade dos utentes. Sendo importante enfatizar que para a criação e manutenção do mesmo, a equipa multidisciplinar realiza planos de tratamento individualizados, um nível crescente de autonomia e responsabilidades, uma variedade de atividades e programas direcionados para os utentes, vinculação e integração da família no processo de cuidados e apoio ao utente, envolvimento da comunidade e interação entre os membros da equipa (Calvo, 2011). Este departamento possui recursos materiais e humanos que foram ao encontro das minhas necessidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências; existindo articulação e continuidade de cuidados entre os diferentes membros da equipa (psicólogos, assistente social, educadoras, médicos, enfermeiros).

A consulta de enfermagem funciona como um recurso que é essencial para avaliar os utentes no âmbito da sua experiência de doença. O serviço de consultas externas do DPSM do HESE dispõe de uma equipa multidisciplinar, sendo uma das riquezas deste departamento. É constituída por quatro enfermeiros; quatro médicos psiquiatras; quatro internos de psiquiatria; uma pedopsiquiatra; uma assistente social; três psicólogos; duas terapeutas da fala; uma terapeuta ocupacional; duas educadoras de infância; uma auxiliar de ação médica e cinco administrativos. Esta equipa multidisciplinar está ainda dividida em sub-equipas constituídas por um médico, um enfermeiro e uma assistente social, que estão distribuídas por localidades específicas de forma a abranger todo o distrito de Évora. Nestas localidades realizam-se consultas (nos centros de saúde de cada localidade) e visitas domiciliárias. E nelas os enfermeiros realizam entrevistas de avaliação diagnóstica ao utente/família, entrevistas de acompanhamento clínico, apoio a grupos acompanhados pela psiquiatria, apoio/accompanhamento por telefone, triagem com e sem supervisão médica, administração e supervisão do regime terapêutico, aplicação de técnicas de relaxamento e de reestruturação cognitiva.

Segundo Matos et al. (2009), no exercício do trabalho os profissionais das equipas multidisciplinares têm como ponto fulcral de intervenção o ser humano, cuja experiência de vida envolve várias dimensões (ambiental, biológica, social, psicológica, cultural, ética, política, familiar). Por isso, a abordagem integral dos utentes e da sua família é facilitada pelos olhares dos distintos profissionais que compõem estas equipas (Paula, 2009). Esta abordagem revela-se importante porque há evidências sobre os benefícios para os utentes quando os profissionais de saúde trabalham em conjunto para o bem-estar do utente. Uma visão integral das informações e acontecimentos, através do diálogo e intercâmbio de informações, ou seja, da comunicação aberta, como forma de criar novos conhecimentos e possibilidades a favor dos objetivos traçados pela equipa representa uma mais-valia para o doente e para a equipa (Fossi e Guareschi, 2004; Gueudeville, 2007).

As relações no DPSM são abertas, de partilha, onde podemos trocar informações, opiniões e ideias. E porque o conheço, posso dizer que se fala abertamente acerca dos jovens e das suas condições clínicas sempre que existem reuniões. Foi neste ambiente que apresentei a situação clínica dos adolescentes, os juízos diagnósticos que fui fazendo em cada um dos nossos encontros e as intervenções que fui realizando na

sequência das avaliações que fiz com os jovens. Recebi elogios, ideias e opiniões que me foram sempre benéficas para desenvolver mais e melhores intervenções junto dos adolescentes que acompanhei. E acima de tudo percebi que a partilha de informações entre os vários setores – infantil e adulto, foi muito importante no trabalho com estes adolescentes e no auxílio aos mesmos e à sua família.

O DPSM preconiza um atendimento integrado e holístico, de forma a compreender a experiência de vida dos adolescentes. O enfermeiro reúne condições para dotar o utente de capacidades e criar condições para que ele possa viver o seu quotidiano de forma saudável, considerando-o parte integrante de um ambiente familiar e social. Foi por isso que reconheci este contexto como favorável ao meu desenvolvimento de competências de avaliação diagnóstica, planeamento e intervenção terapêutica com os adolescentes. E ainda a oportunidade de dar continuidade às intervenções com os adolescentes e suas famílias, com quem trabalhei no decorrer do ensino clínico. De forma a ajudar os jovens a ultrapassar momentos de sofrimento² na sua vida e saberem lidar com essas adversidades no futuro, assentando assim, na reabilitação, prevenção e promoção da saúde mental.

² Fleming (2003) refere que na clínica a dor mental (sofrimento psíquico) é sentida como vivência, com efeito devastador; provoca defesas e depende da maior ou menor tolerância do sujeito. É conceitualmente elusivo e esquivo, paradoxal, isto é, combina palavras contraditórias porque geralmente é o corpo e não a mente que é vista como lugar da dor. De acordo com a origem etimológica, “sofrer” remete à capacidade de suportar, de tolerar e, portanto, de ser capaz de conter dentro do espaço psíquico da experiência – eu sou.

2 – Caracterização da população

A população com quem me propus trabalhar, foram os adolescentes. Socialmente, a adolescência é um período de preparação intensiva para a próxima fase do ciclo vital, que é a fase do adulto-jovem (Zavachi, 2009).

A palavra adolescência vem de *adolescere*, palavra latina que significa crescer. Segundo Horrocks (1955) cit. por Gallantin (1978), esta, é tanto um modo de vida quanto um segmento do desenvolvimento físico e psicológico do jovem. Ela representa um período de crescimento e transições³ em quase todos os aspectos da vida física, mental, social e emocional do adolescente. É uma época de novas experiências, novas responsabilidades e novos relacionamentos com adultos e companheiros. Segundo Zavachi (2009) o início biológico da adolescência é marcado pela rápida aceleração do crescimento esquelético e pelos primórdios do desenvolvimento sexual, o início psicológico é caracterizado por uma aceleração do desenvolvimento cognitivo e uma consolidação da formação da personalidade.

A adolescência geralmente é dividida em três fases: a inicial, que se estende dos 11 aos 14 anos; a intermediária, dos 14 aos 17 anos; e a final, dos 17 aos 20 anos (Kaplan, 1997). Zavaschi (2009) destaca as três subfases centrais da adolescência, ressaltando que o conhecimento dessas subfases é de extrema importância, já que cada uma exige uma abordagem diferenciada. Na adolescência inicial há um incremento dos impulsos sexuais e agressivos. O objetivo dessa subfase consiste em procurar relações extra-familiares, substituindo as identificações familiares por outras. Ainda permanece uma forte tendência bissexual e a escolha do objeto tem características narcisistas bem acentuadas. Na adolescência intermediária ocorre um declínio da bissexualidade. A libido é dirigida a novos objetos de amor. É um período de reestruturação psicológica, com constantes alterações de humor e comportamento rebelde. Na adolescência final há uma diminuição da rebeldia, característica da fase anterior. Há uma consolidação dos papéis sociais, das identidades sociais e das identificações pessoais.

³ Transição é a ação e o efeito de passar de um estado para outro diferente. O conceito implica uma mudança numa forma de ser ou estar. De um modo geral, entende-se como sendo um processo com uma certa extensão no tempo.

A teoria das transições de Meleis, considera que estas são uma passagem de uma fase da vida, condição ou estado, para outro. As transições referem-se ao processo e resultados das complexas interações pessoa/ambiente (Loureiro, 2013).

As profundas transformações com que os adolescentes se deparam provocam neles um misto de sentimentos de inquietação e de alguma estranheza. O adolescente sente-se ameaçado pelas grandes alterações que lhe estão a acontecer no seu corpo, na relação com os pais, nos receios em relação às competências sociais, nas escolas, e com os pares (sendo sensíveis às opiniões dos mesmos e, frequentemente compraram-se uns com o outros) (Kaplan et al, 1997); que proporcionam muitas vezes, dúvidas, inquietação e mudanças de comportamento em relação aos pares e à família. Nesta etapa, o indivíduo modifica-se física, mental e emocionalmente (Bee, 1994/1997). É uma etapa constituída por certas características como o desenvolvimento do auto-conceito, auto-estima e conceitos mais complexos (Baptista et al, 2001). Pode ser considerada um período de grande aprendizagem de normas, conceitos sociais e morais, mesmo que, às vezes, estes sejam violados pela experimentação de limites (Aragão et al, 2009). É evidente que se trata de uma fase de metamorfose, onde ocorrem grandes transformações e descobertas, tornando-se uma época da vida propícia a riscos, medos e instabilidades, e isso causa muitos conflitos internos.

Estamos a falar de um período extremamente relevante para a construção do indivíduo, quer a nível físico quer a nível psicológico e social. Segundo Claudino et al. (1997), nesta fase, ocorrem mudanças que têm um papel fundamental na explicação da adolescência como um período de crise⁴, caracterizado por uma ambivalência de sentimentos e transformações na saúde mental do indivíduo, podendo induzir perturbações do humor. Desta forma, a adolescência é muitas vezes considerada como um período naturalmente depressivo, devido à correspondência que existe entre as alterações de humor e esta fase de desenvolvimento.

Sendo a vida de um adolescente marcada por diversas mudanças físicas, psicológicas, biológicas e sociais e de vulnerabilidade versus maturidade, o jovem encontra-se perante uma fase que pode favorecer o desencadeamento de uma série de

⁴ A transição origina a crise, que surge como resposta aos eventos geradores de mudanças, seja no contexto individual, familiar ou social. O que faz surgir uma situação de crise no ser humano não é meramente a exacerbação de uma causa específica, mas principalmente uma combinação de sentimentos, reações e significados ao momento que está a ser vivenciado (Catafesta, et al. 2007). Segundo Aguilera e O'Brien, cit. por Teixeira et al. (2010), uma crise é, geralmente, um período de transição autolimitado, no qual uma pessoa se debate com uma conjuntura considerada ameaçadora e passa por um período de desequilíbrio psicológico e funcional.

Caplan (1980), define crise como um período transitório em que a pessoa tem a oportunidade de crescimento da personalidade ou o risco de desenvolver um distúrbio mental, o desfecho deste apuro será influenciado pelo modo como esta consegue controlar a situação.

transtornos psiquiátricos, entre os quais os transtornos depressivos (Zavaschi, 2009). Devido à adolescência ser um período de acentuadas mudanças, a análise da depressão nesta fase do ciclo vital deve considerar características típicas, como: mudança corporal, descoberta da sexualidade, alterações hormonais, sociais, entre outros fatores (Aragão et al, 2009 cit. por Argimon et al, 2013).

Kaplan (1997) diz-nos que por muitas gerações reconheceu-se que a tristeza e a aflição ocorrem em adolescentes, nesta base existem alguns fatores predisponentes, que são: fatores genéticos, fatores biológicos e fatores sociais. A depressão em adolescentes tem um significativo impacto no desenvolvimento do jovem, além de prejudicar a autoestima e causar sintomas de instabilidade emocional, irritabilidade, podendo ocorrer crises de raiva e risco de suicídio. Atualmente a depressão nesta faixa-etária é considerada um grave problema de saúde mundial, já que estudos epidemiológicos estimam que há uma prevalência de 20% de transtornos depressivos neste período (Wainer e Piccoloto, 2011).

Apesar de apresentar sintomas depressivos moderados e severos, que, por muitas vezes, se assemelham aos apresentados pelos adultos, os adolescentes acometidos por este transtorno manifestam importantes particularidades que são típicas. Assim, a depressão na adolescência tem características, como instabilidade emocional, irritabilidade, crises de raiva, explosões e outras alterações comportamentais (American Psychiatric Association, 2000/2002). São comuns, o humor irritado, os sentimentos de desesperança, desinteresse e apatia, culpa, perda de energia, dificuldades no sono (hipersônia), lentificação psicomotora, dificuldade de concentração, alterações do apetite e peso, assim como o isolamento. Ao mesmo tempo, pode existir baixa autoestima, queixas físicas (fadiga, cefaleia e dor abdominal), sérios problemas de comportamento e ideação suicida (Argimon, et al. 2013),

Segundo Balhs (2002), alguns autores chamam a atenção para a diferença entre a manifestação depressiva entre adolescentes do sexo feminino e masculino, destacando que as raparigas relatam mais sintomas subjetivos, como sentimentos de tristeza, vazio, tédio, raiva e ansiedade. As raparigas costumam ter, também, mais preocupação com a popularidade e menor satisfação com o seu corpo.

O transtorno depressivo na adolescência tende a ter longa duração e recorrências, produzindo disfunções sociais e ocupacionais mais prolongadas, podendo envolver um alto grau de morbidade e mortalidade (Wainer e Piccoloto, 2011).

Devido a esta multiplicidade de sintomas, o diagnóstico da depressão é ainda mais difícil em adolescentes do que em adultos, já que a sintomatologia nesta fase da vida possui características específicas. Os dilemas característicos fazem com que tanto o diagnóstico quanto o tratamento desta patologia sejam permeados por muitos desafios. Outro agravante concerne ao facto dos adolescentes se encontrarem em luta com aspetos referentes à própria autonomia, o que pode acarretar menor probabilidade de procurarem ajuda, e com isso, piorar os sintomas depressivos (Wainer e Piccoloto, 2011 cit. por Argimon et al, 2013).

Estudos acerca da adolescência já definiram que a sua presença é comum e grave o suficiente para merecer a atenção da clínica e investigação. Ainda mais se considerarmos a possibilidade sugerida por modernos estudos epidemiológicos do aumento de sua prevalência e do seu início cada vez mais precoce. Especialmente nestes períodos é necessário considerar a importância da utilização de várias fontes de informações (pais, professores e amigos) ao se estabelecer uma investigação clínica (Balhs, 2002).

3 – Desenvolvimento de competências

A competência tem por base o saber, permitindo a utilização do mesmo e a sua aplicação pertinente, adequada, eficaz e responsável em ambiente real. Ser competente significa conhecer o contexto real, possuir conhecimentos, saberes teóricos, organizacionais e procedimentais. Mas também, desenvolver capacidades cognitivas e sócio afetivas; habilidades técnicas e relacionais; e estratégias adequadas no campo clínico. A competência combina assim múltiplas dimensões, onde os saberes científicos, organizacionais e técnicos se interpenetram e se alimentam uns aos outros. Podemos dizer que estamos perante um saber agir, que implica, saber mobilizar as suas capacidades e conhecimentos (Phaneuf, 2005).

A mesma autora na obra citada fala de um novo conceito “*Mosaique des compétences cliniques de l’infirmière*” (2000). Este novo conceito espelha uma estrutura, cujas componentes se interpenetram e se alimentam umas às outras. A autora nomeou-as como: componente contextual; componente profissional; e componente funcional, que apela a diferentes saberes. Tomando como referência a componente contextual desta estrutura, podemos afirmar, que ela já foi nomeada nos pontos anteriores. Proponho-me agora, expor a componente profissional, no desenvolvimento de competências.

Esta componente remete-nos para a consideração de um outro conceito que não tendo surgido na área da enfermagem, o utiliza como o cerne dos cuidados. O conceito de relação terapêutica que esteve sempre presente, e pautou todo o meu comportamento durante o processo de intervenção. Na enfermagem, a relação terapêutica é particularmente importante, basicamente, por duas ordens de razões. Primeiro, porque os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo estão em contacto com os utentes. Segundo, porque esse contacto adquire, em imensas circunstâncias, um grau de intimidade inquietante, quer para o utente, quer para o profissional (Lopes, 2011). A OE (2001) cit. por Zangão (2015) salienta que a relação terapêutica tem sido reconhecida no exercício profissional da enfermagem por este se centrar na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa, ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade).

Como forma de ajuda estabeleci uma interação de natureza dinâmica com os jovens, na qual, tanto eu quanto eles contribuimos para a procura e a resolução dos seus problemas. Tanto eu quanto eles comunicamos de forma verbal e não-verbal, em função dos objetivos a alcançar, que foram previamente definidos. A interação que criei com os jovens aconteceu num processo gradual, com um início e um fim, onde podemos identificar algumas fases. Phaneuf (2005) refere-se a este processo constituído pela fase da preparação da pessoa que ajuda, a fase de exploração da relação e o fim da relação.

Na fase de preparação, sendo este o primeiro encontro com o jovem, procurei caracterizá-lo pela informação acerca do mesmo, o seu quadro concetual, os seus sentimentos, as suas crenças, os seus valores, os objetivos, ou seja, conhecer o jovem tal como é. De acordo com Lopes (2006) foi nesta fase onde ocorreu a entrevista de avaliação diagnóstica inicial, e testaram-se os fatores de aproximação, tais como: a atitude clínica proativa, os cuidados e a sua qualidade, a disponibilidade, a proximidade, a simpatia, o carinho, e a personalização. Já nesta fase, e no decorrer da fase de exploração, torna-se importante que exista uma interiorização, exploração e tomada de consciência do vivido, por parte do adolescente, de modo a que se processe a aceitação, uma melhor adaptação, mudança de comportamento, evolução para um melhor bem-estar e para a autonomia. Isto foi feito para criar as condições para que o adolescente aprenda a adaptar-se, conviver, e ultrapassar os seus problemas e dificuldades. De acordo com Lopes (2006), esta relação corresponde ao espaço de tempo durante o qual se desenvolveu o essencial da intervenção terapêutica, é a fase em que após se ter construído um clima de confiança, se procedeu a um trabalho sistemático à volta dos problemas identificados no sentido de os resolver. Atingido este patamar de autonomia, de aceitação ou de mudança, considera-se atingido o objetivo da relação e, conseqüentemente o seu fim.

Segundo o College of Nurses of Ontário cit. por Zangão (2015), enquanto enfermeira a minha postura e atitude foram, de transparência; confiança; respeito; empatia; intimidade profissional; e isenta de poder, o que promoveu o conhecimento do jovem e o desenvolvimento da relação terapêutica. A confiança entre nós foi a componente central da relação terapêutica, onde o jovem aceitou a sua situação de alguma vulnerabilidade, após uma avaliação cuidadosa, confiou e expressou os seus sentimentos e emoções. Assim, como refere Bell, Liz e Duffy (2009), esta componente foi construída e alimentada ao longo do trabalho realizado com os adolescentes, desde o

primeiro contacto com os mesmos. Tal como nos diz CNO (2013) cit. por Zangão (2015), o respeito também esteve sempre presente ao longo do trabalho desenvolvido com os jovens, tendo reconhecido a sua dignidade inerente ao valor e singularidade de cada um. A intimidade profissional, fazendo parte das componentes da relação terapêutica, também esteve sempre presente, formando parte de um todo; onde respeitei o jovem e a sua intimidade, e expliquei aos jovens e às suas famílias o trabalho a ser desenvolvido, e a proteção dos dados colhidos. Tomando como base a autora Salomé (1995), a empatia também esteve presente no decorrer desta relação, como capacidade de compreender sensivelmente o jovem; fazendo com que os jovens sentissem e percebessem que os compreendi de forma empática, que acreditei neles, que tive respeito por eles, que os aceitei, que estive disponível, e que fui sincera. A isenção de poder permitiu a criação de uma parceria que respondeu às necessidades dos jovens, fazendo com que se sentissem parte ativa neste processo de cuidados, e procurando aumentar o seu empowerment⁵.

Tal como referi anteriormente, a relação que criei e desenvolvi com os jovens, foi uma relação não-diretiva, colaborativa, assente em princípios de valorização dos mesmos, e de crença nas suas potencialidades para resolverem de forma autónoma os seus problemas. Procurei que esta relação não fosse vista como uma relação na qual existisse um sujeito mais forte, que ajuda, e um sujeito mais fraco, que é ajudado. Pelo contrário, procurei que ambos desempenhássemos papéis igualmente fulcrais, uma vez que a relação terapêutica pressupõe que a pessoa que ajuda dá prioridade máxima à pessoa que é ajudada, respeitando-a, escutando-a e apoiando-a com humanidade. O ajudado, com o decurso da relação, vai-se consciencializando da situação que o envolve, das soluções que se afiguram e dos meios que dispõe para pôr em marcha o processo de resolução do problema que o afeta. O meu comportamento enquanto enfermeira foi sustentado com o que nos diz Rogers (1980). Os enfermeiros devem fazê-lo no sentido de contribuir para que o adolescente adquira competências que lhe permitam lidar com os seus problemas, adaptar-se às situações, compreender a realidade dos contextos com

⁵ Dar ou adquirir poder.

Empowerment (“empoderamento”), sugere uma maior participação dos utentes e uma forma de lhes dar poder, sendo o objetivo, uma maior motivação e envolvimento no seu processo de ajuda, procurando soluções porque sentem que são parte ativa deste processo, havendo também um aumento da sua auto estima e auto confiança.

clareza, intervir ativamente para a consecução dos seus objetivos, expressar os seus sentimentos e as suas perspetivas, construir sentidos, com uma postura crítico-reflexiva, numa vertente de resolução de problemas.

Resumindo, a relação terapêutica foi particularmente significativa, pois desejou-se que se criasse um clima em que o adolescente reencontrasse a sua coragem, se tornasse autónomo e evoluísse para um melhor bem-estar físico e/ou psicológico. Como refere Tavares (1996), a relação terapêutica é uma relação recíproca, assimétrica e dialética entre as pessoas que sejam capazes de sair de si mesmas e colocar-se no lugar do outro, compreendê-lo em profundidade e riqueza, sem deixar de ser ele próprio. Neste tipo de relação, ao promover-se o desenvolvimento pessoal do outro, em relação a nós e facilitando a relação, também nos desenvolveremos de igual modo.

3.1 - Avaliação diagnóstica no desenvolvimento de competências

Agora, com maior detalhe procuro descrever a forma como desenvolvi o processo de avaliação diagnóstica. De acordo com Lopes (2006) realizei a entrevista de avaliação diagnóstica inicial que me permitiu compreender o problema do jovem. Oferecendo assim, as condições para uma primeira avaliação diagnóstica e para o planeamento de outras intervenções terapêuticas. Indo ao encontro do que nos diz o autor, a avaliação diagnóstica foi feita de modo contínuo, sistemático, dinâmico e integrado nos cuidados, uma vez que esta consiste na avaliação/reavaliação da situação do adolescente e/ou família.

Através de uma entrevista sólida podem-se obter informações valiosas para a referida avaliação, focalizando-me em diferentes focos. A entrevista bem conduzida é sinónima do início de uma intervenção terapêutica com sucesso. No entender de Lopes (2006), e Travelbee cit. por Roehr, et al. (2007), esta primeira entrevista permite ao enfermeiro entender o adolescente e a forma como este se vê, sente, percebe e age no mundo. O acesso a esta informação e a sua compreensão, através de uma boa avaliação diagnóstica, contribui para a identificação dos problemas do jovem; para o planeamento de outras intervenções terapêuticas adequadas aos mesmos; e para o sucesso dessas intervenções. Contudo procurámos tornar a informação mais específica e ao mesmo

tempo passível de mensuração. Assim considerámos idade; sexo; sexualidade; coping; significado da doença; vivências; emoções e pensamentos disfuncionais; apoio da família; dificuldades de relacionamento; recursos sociais e apoios de que dispõe; tipo de doença; défice de conhecimento sobre a doença; e os comportamentos de risco adotados.

Neste processo que é contínuo e de avaliação, importa fazer referência aos diferentes juízos de diagnóstico que foram elaborados segundo a CIPE, versão 2, para cada adolescente. Estes juízos apoiaram-se na informação recolhida com os jovens e na literatura sobre o adolescente deprimido. Eles são coerentes com o que nos dizem os autores Kaplan et al. (1997); Aragão et al. (2009); Argimon et al. (2013); Wainer e Piccoloto (2001); APA (2000/2002) e Balhs (2002). Os juízos de diagnóstico que realizámos na sequência das diferentes avaliações diagnósticas foram: baixa auto estima; comportamento assertivo; coping; tristeza; imagem corporal; ansiedade; isolamento social; comportamento alimentar; automutilação; peso; e insegurança. E as intervenções foram sendo desenvolvidas na sequência destes juízos.

3.2 - Intervenções usadas no desenvolvimento de competências

No decorrer da avaliação diagnóstica e consequente intervenção, procurei planejar outras intervenções terapêuticas adequadas para cada adolescente. Este planeamento foi realizado nos intervalos entre as avaliações e intervenções efetuadas. Procuo agora, neste ponto, documentar o meu conhecimento sobre as intervenções que usei.

Ao longo do ensino clínico apoiei-me num conjunto de intervenções adequadas ao trabalho específico com os adolescentes deprimidos. De acordo com Melo-Dias, Rosa e Pinto (2014), estas intervenções foram desenhadas para auxiliar o jovem a criar respostas potencialmente capazes para lidar com situações problemáticas. De acordo com o que nos diz Lopes (2005), a implementação de intervenções terapêuticas facilita as ocorrências do processo de cuidados, perante os momentos de transição com os quais os adolescentes se deparam.

Elas foram enquadradas na relação terapêutica construída e desenvolvida com os jovens, e nas avaliações diagnósticas efetuadas ao longo das intervenções, com efeitos psicoterapêuticos, psicoeducacionais, psicossociais e socioterapêuticos. As intervenções foram realizadas no DPSM, no domicílio de alguns jovens, e em Centros de Saúde das áreas de residência dos mesmos, com os materiais e recursos necessários à realização das mesmas, num gabinete ou no domicílio dos utentes; local acolhedor, confortável, calmo e silencioso, e livre de distrações, uma vez que estas podem prejudicar as intervenções. No decorrer das intervenções utilizei também, como instrumento, a mediação por sistemas simbólicos, tais como: genograma, ecomapa, linha de vida, e esquemas. De acordo com Dupas (1997), o simbolismo é uma abordagem que nos permite compreender o adolescente, considerando os significados que este atribui às suas experiências. Deste modo, torna-se importante e de mais fácil compreensão para ambos, esquematizar uma situação para melhor compreensão da mesma e para mais facilmente falarmos acerca desta.

Passo agora, a explicar as intervenções usadas, no processo de desenvolvimento de competências.

- Entrevistas:

Como referi no ponto anterior, que diz respeito à avaliação diagnóstica, e dito por outras palavras, a entrevista de avaliação diagnóstica inicial permitiu-me realizar a primeira avaliação diagnóstica, e tal como nos diz Phaneuf (2005) permitiu-me compreender os detalhes do problema de saúde do adolescente e do contexto no qual este problema se situa, a fim de conseguir implementar cuidados apropriados ao jovem e/ou à sua família.

Apoiando-me no que nos diz a mesma autora (2005), as entrevistas que se seguiram à entrevista de avaliação diagnóstica inicial, ou seja, as entrevistas de avaliação diagnóstica de seguimento foram um meio de intervenção utilizado quando necessitei de ajudar os adolescentes, a tomar consciência dos seus problemas; a sensibilizá-los para a necessidade de mudança de comportamentos (como por ex. adoção de comportamentos saudáveis); e também para explorar estratégias de suporte adequadas ao jovem, no seu processo de mudança (como por ex. estratégias de coping mais eficazes). No decorrer destas entrevistas usei outras intervenções que considerei pertinentes e necessárias no apoio ao jovem e/ou à sua família, tais como: treino

assertivo; envolvimento da família e suporte à mesma; e ensinamentos. Durante este procedimento procurei atribuir ao jovem um papel ativo no seu processo de cuidado, “empoderá-lo”, e transmitir-lhe uma sensação de controlo sobre a situação.

Para uma melhor percepção deste procedimento, é importante explicar como foram estruturadas as entrevistas. No trabalho com os jovens utilizei o tipo de entrevista semiestruturada. Nestas entrevistas conciliei perguntas abertas e fechadas, possibilitando aos adolescentes falarem acerca de um tema proposto, ou explicar acerca de temas por si escolhidos. De acordo com Minayo (1993), as questões abertas foram usadas quando desejei saber um maior número possível de informação, sobre uma determinada situação ou assunto. Tal como nos diz Sellitz et al. (1987), as questões fechadas foram usadas quando percebia dificuldade por parte do adolescente, em expressar os seus sentimentos e emoções, e abordar algum assunto, para o direcionar para o mesmo e fazê-lo sentir-se mais confortável. Esta técnica de entrevista foi facilitadora de uma maior abertura e proximidade entre nós, o que permitiu abordar temas mais delicados e complexos, pois quanto menos estruturada for a entrevista mais será o favorecimento da troca entre os dois.

- Treino assertivo:

De acordo com a NIC (2004), o treino da assertividade é a assistência na expressão de sentimentos, necessidades e ideias, ao mesmo tempo respeitando os direitos dos outros. Lazarus (1971) definiu a assertividade como a capacidade para recusar e elaborar pedidos, pedir favores, expressar sentimentos negativos e positivos, e iniciar, continuar e terminar uma conversa comum. Assim, segundo Lanhe e Jakubwski (1976), a assertividade é a defesa de direitos pessoais e a expressão de pensamentos, sentimentos e crenças de forma direta, honesta e apropriada, de modo a respeitar os direitos dos outros. Todas as definições que ao longo do tempo foram surgindo acerca da assertividade partem da premissa de que os indivíduos têm direitos de afirmação básicos que devem exercitar (Hargie e Dickson, 2004). Foi o reconhecimento por parte dos terapeutas do comportamento, Salter (1949) e Wolpe (1958), de que alguns indivíduos tinham problemas específicos em fazer valer os seus direitos, e que esta incapacidade conduzia a inadaptação por parte do indivíduo, que deu origem à comunicação assertiva (Flowers e Guerra, 1974).

Para uma melhor compreensão da importância da assertividade, introduzo uma breve definição dos estilos de respostas. O estilo de resposta denominado de passivo é caracterizado pela expressão de pensamentos, sentimentos, e preferências de forma indireta ou implícita, ou mesmo pela ausência da expressão dos mesmos (Galassi e Galassi, 1977). Na origem das respostas passivas encontram-se fatores como: medo das consequências negativas da expressão direta da sua opinião; percepção de ameaça da situação ou do outro; dificuldade em aceitar os seus direitos; dificuldade em pensar de forma racional sobre si próprio; ou associar as respostas passivas a boa educação e prestabilidade (Back e Back, 2005). No que se refere aos efeitos a longo prazo, frequentemente, a dificuldade de expressão em várias situações e com várias pessoas, conduz a sentimentos de baixa auto-estima (Back e Back, 2005; Galassi e Galassi, 1977), depressão e ansiedade excessiva, em situações interpessoais (Galassi e Galassi, 1977).

Por outro lado, a resposta agressiva caracteriza-se pela centralização nos objetivos do próprio numa dada situação e, conseqüentemente, pela ignorância ou desvalorização dos interesses ou direitos do outro (Back e Back, 2005; Galassi e Galassi, 1977). O adolescente expressa as suas necessidades, opiniões e desejos de forma reivindicativa, ameaçadora, insultuosa e hostil (Galassi e Galassi, 1977). Imediatamente após responder de forma agressiva, o adolescente, pode experienciar alguma redução de tensão, acumulada pela situação que despoletou aquela resposta. Se a resposta agressiva permitiu que o jovem conseguisse o que desejava, os sentimentos positivos são dominantes e contribuem para a manutenção deste estilo de resposta (Back e Back, 2005). Os jovens que habitualmente utilizam um estilo de comunicação agressivo, não assumem as consequências das suas ações (Galassi e Galassi, 1977). Desta forma, a longo prazo, tendem a culpar os outros, pela situação que despoletou a resposta agressiva, e desenvolvem mecanismos de alerta, esperando, constantemente, possíveis ataques por parte dos outros.

A falta de assertividade nos comportamentos dos adolescentes está relacionada com uma baixa auto estima. Muitos não têm consciência do que deviam reclamar para si na sociedade, ou nas suas relações interpessoais, demonstrando comportamentos mal adaptados, levando a uma aumento da ansiedade e frustração. Segundo Morris e Miller (1998) existe uma correlação positiva entre o estilo assertivo e a auto-estima. Dito de outra forma, as pessoas que utilizam mais respostas assertivas possuem uma auto-estima

mais elevada. A par da auto-estima, os adolescentes que habitualmente utilizam o estilo assertivo, tendem a sentir mais controlo sobre as suas vidas, possuem maior satisfação com os seus relacionamentos, e conseguem alcançar os seus objetivos com mais frequência. A assertividade permite ao adolescente agir tendo em vista os melhores interesses do próprio, defender-se sem ansiedade excessiva, exercer os direitos pessoais sem negar os direitos dos outros, e expressar honesta e confortavelmente os próprios sentimentos (Alberti e Emmons, 2008).

Importa realçar, que o comportamento assertivo é um comportamento aprendido, e situacionalmente específico (Galassi e Galassi, 1977), e não um traço da personalidade (McCartan e Hargie, 2004). Daqui decorre, que ao longo do treino da assertividade, o adolescente aprende diferentes tipos de comportamento, para diferentes situações. Apoiando-me no que nos diz Seifert (2009), o meu papel enquanto enfermeira, durante a execução do treino assertivo, passou por criar um ambiente seguro que permitisse a exposição do jovem, da sua honestidade, da expressão das suas vulnerabilidades, dos seus erros e êxitos. Devendo facilitar a coesão e a intimidade, e garantir que tudo o que ocorreu durante as sessões é confidencial.

O enfermeiro enquanto terapeuta deve desenvolver um plano estruturado de atividades para cada sessão de treino assertivo. Para iniciarmos o programa de treino assertivo foi essencial permitir que o adolescente relaxasse, e ganhasse confiança no trabalho que íamos realizar. Esta confiança estabeleceu-se no decorrer das primeiras intervenções efetuadas, no desenvolver da relação terapêutica (que mencionei nos pontos apresentados acima), levando à diminuição da ansiedade e contribuindo para o favorecimento da aquisição de novas competências.

Tomando como base os autores Galassi e Galassi (1977); Jakibowski e Lange (1978), o treino assertivo efetuado, ao longo do processo de desenvolvimento de competências, teve início com a identificação das áreas em que existia um défice assertivo (relação com os pais, com o grupo de pares). Nesta primeira etapa do treino assertivo, de acordo com Slater (1989), o adolescente distinguiu e disse, o que entende por respostas assertivas, passivas, e agressivas, com o apoio da leitura que lhes solicitei, acerca do tema assertividade, e através da apresentação dos diapositivos em formato PowerPoint (Anexo III). A próxima etapa, segundo Thomas (1982) diz respeito à reestruturação cognitiva dos modos de pensamento incorretos e socialmente desajustados. Nesta etapa ajudei o jovem a reconhecer o que pensa de si, e o que se

pode refletir no seu comportamento, desenvolvendo competências. Ainda nesta etapa, tendo em conta o autor Slater (1989) procurei que o jovem compreendesse as componentes de uma situação assertiva, construindo as bases para as habilidades verbais assertivas, como: dizer não; escuta ativa; dar e receber feedback; ser frontal; fazer pedidos; expressar opiniões; começar e manter uma conversa; partilhar experiências e sentimentos; e desenvolver as habilidades não-verbais assertivas, identificando, numa situação, os elementos específicos que fazem parte desse comportamento assertivo. Por fim, na última etapa do treino assertivo foi realizado o ensaio comportamental das respostas socialmente adequadas, em determinadas situações (trazidas pelos adolescentes). Tendo por base situações reais que ocorreram, ou que pudessem ocorrer no futuro. Esta etapa comportou vários procedimentos, que adotámos ao longo do treino assertivo, tais como: ensaio comportamental; modelação; role play; reforço positivo; e treino individual/tarefas de casa.

O ensaio comportamental foi dos procedimentos mais utilizados no treino assertivo. Conforme Loureiro (2013), através deste procedimento representámos maneiras apropriadas e efetivas de enfrentar situações da vida real, que eram problemáticas para o adolescente. Os objetivos do ensaio comportamental consistiram em aprender a modificar as respostas não adaptativas, substituindo-as por respostas novas. Permitiu o desenvolvimento de novos comportamentos, de modo a encontrar formas mais efetivas de enfrentar situações problemáticas da vida real. Ajudando a melhorar os níveis de segurança e confiança do adolescente, na intervenção.

Outro procedimento adotado com alguma frequência foi a modelação. De acordo com o que nos diz Loureiro (2013), acerca da modelação, a aprendizagem foi feita através da transmissão do exemplo, onde o adolescente teve a oportunidade de observar o meu desempenho, perante uma situação explicada pelo jovem.

O role-play foi um procedimento adotado, no contexto da terapia de grupo realizada. Segundo Ladousse (1987), no role play, o jovem agiu de acordo com um papel (como ele próprio, ou fazendo o papel do outro), no contexto de uma situação real e específica, trazida pelos adolescentes. De acordo com Thomas (1982), este trabalho, durante o procedimento do role play, permitiu criar uma atmosfera de confiança nos encontros iniciais.

Outro procedimento adotado, e que esteve muitas vezes presente no decorrer do treino assertivo, foi o reforço positivo. De acordo com o que refere Loureiro (2013),

este procedimento foi utilizado nos momentos em que os adolescentes conseguiram realizar comportamento assertivo, ou quando fizeram determinados progressos. O auto reforço também foi utilizado, como forma de auto compensação; onde pedi aos jovens para verbalizarem as suas capacidades e pontos positivos. Este reforço foi realizado como forma de aumentar determinados comportamentos dos adolescentes.

Por fim, o treino individual/ as tarefas de casa foram uma componente essencial do treino assertivo. Algumas das tarefas de casa pedidas, no decorrer do treino assertivo, foram: o registo de situações em que os jovens atuaram de forma assertiva; e outras nas quais gostariam de ter tido esse tipo de comportamento. As tarefas de casa constituíram um veículo através do qual, as habilidades aprendidas, na sessão de treino, foram praticadas no ambiente real; proporcionando aos adolescentes generalizar em contexto de vida diária o que foi aprendido nas sessões.

Os procedimentos acima mencionados, adotados ao longo do treino da assertividade, foram realizados no decorrer das entrevistas de avaliação diagnóstica de seguimento, levando a um aumento da confiança e segurança, contribuindo para a mudança comportamental. No decorrer da terapia de grupo demos continuidade ao treino assertivo, com as jovens que participaram nas sessões de grupo, de modo a dar oportunidade às adolescentes para colocarem em prática, no seio do grupo, as habilidades sociais aprendidas. Indo de encontro ao que nos dizem os autores Alberti e Emmons (2008), este treino assertivo teve como principais objetivos, mudar a forma como o jovem se via a si próprio; aumentar a sua capacidade de afirmação; permitir que expresse de forma adequada os seus sentimentos e pensamentos; e posteriormente, estabelecer a sua autoconfiança. Tomando como base os autores Galassi e Galassi (1977), a participação nestes treinos encerrou ainda outras vantagens de âmbito mais pessoal, nomeadamente, o aumento de sentimentos de autoconfiança; reações positivas dos outros; e diminuição quer da ansiedade nas situações sociais, quer das queixas somáticas dos jovens.

- Terapia de grupo:

Um dos recursos utilizados como forma de tratamento, nos serviços ambulatoriais em saúde mental, é a terapia de grupo. Esta tem sido reconhecida como de fundamental importância, para a promoção da saúde mental e a consequente recuperação da doença mental. Tomando como referência os autores Baxter e Kennedy

(1992); Beeferman e Orvaschel (1994) cit. por Balhs e Balhs (2003), a terapia de grupo realizada com os jovens ofereceu uma oportunidade de explorar a dimensão social da doença, e ajudou os jovens a desenvolver atitudes, modos de interação, e habilidades mais funcionais e gratificantes; tendo sido particularmente útil em promover habilidades sociais e fortalecer a auto-imagem dos jovens. Ou seja, o conhecimento, por parte dos jovens, de que outros jovens também compartilham problemas semelhantes, representou um importante recurso, e trouxe suporte e maior segurança a estes, permitindo a exploração segura dos seus sentimentos e experiências, em ambiente terapêutico.

Tal como nos diz Balhs e Balhs (2003), os adolescentes deprimidos apresentam uma especial dificuldade em expressar os seus sentimentos e experiências, pelo que as interações disponíveis no grupo de terapia facilitaram esta expressão, oferecendo oportunidades de avaliar as suas auto percepções, com a observação dos seus pares sobre eles. Dentro de um ambiente protegido, favorecido pelo grupo terapêutico, desenvolveram uma consciência crescente do seu comportamento, e do impacto causado nos outros.

Após ter abordado acerca da importância da terapia de grupo, importa agora explicar o que é um grupo, e qual o tipo de grupo formado nesta terapia. Segundo Guimarães et al. (2008), o grupo é uma unidade que se comporta como uma totalidade. Ele organiza-se ao serviço dos membros e constitui uma nova entidade, na qual existe uma identidade grupal. Porém, é de extrema importância preservar a identidade específica de cada adolescente, que participa na terapia de grupo.

Existem vários tipos de grupo, porém, abordo apenas o grupo de apoio, tendo sido este o grupo formado no decorrer da terapia de grupo. De acordo com Yalow e Vinogradov (1992) cit. por Guimarães et al. (2008), o grupo de apoio formado centrou-se no contexto de movimento de ajuda mútua, direcionado para um determinado problema ou situação de vida, possuindo uma composição homogénea, incluindo jovens o mais semelhantes possível (diagnóstico; idade; e experiências de vida). Este grupo de apoio foi por mim conduzido, no entanto não possuiu líder, de forma a não haver hierarquias ou situações de poder. Ainda, definindo o tipo de grupo criado, este foi um grupo fechado, que trouxe a possibilidade de criar um vínculo entre as participantes, e um ambiente de maior confiança e afeto.

Tomando como referência os autores Blahs e Balhs (2003), a terapia de grupo foi realizada após um período de acompanhamento individual, quando as jovens já

estavam relativamente aliviadas dos sintomas de auto depreciação, hipersensibilidade às opiniões dos outros, sentimento de rejeição, e dificuldades de socialização. Importando também realçar, que no decorrer desta terapia, realizámos também arteterapia e treino assertivo. A arteterapia foi importante, como forma de permitir uma maior dinâmica dentro do grupo, contribuindo para uma maior abertura e à vontade na expressão de sentimentos e emoções, no seio do grupo. O treino assertivo ajudou as jovens a colocarem em prática, no seio do grupo, as habilidades sociais aprendidas anteriormente, contribuindo para o aumento das mesmas, diminuição da ansiedade no estabelecimento de novas relações, e como forma de diminuir o isolamento social e a insegurança.

- Arteterapia:

Arte é conhecimento, e partindo deste princípio, pode-se dizer que é uma das primeiras manifestações da humanidade, pois serve como forma do ser humano marcar a sua presença criando objetos e formas que representam a sua vivência no mundo, o seu expressar de ideias, sensações e sentimentos, e uma forma de comunicação (Azevedo Júnior, 2007). Partindo deste princípio, a arte existe para decorar o mundo, para ajudar no dia-a-dia (utilitária), para explicar e descrever a história, para expressar ideias, desejos e sentimentos, sendo a arte uma manifestação singular. Quando o homem faz arte, ele cria um objeto artístico, que não precisa ser uma representação fiel das coisas no mundo natural ou vivido, e sim, como as coisas podem ser, de acordo com a sua visão, ou o seu desejo. Segundo a NIC (2004), a arteterapia é a facilitação de comunicação através de desenhos ou outras formas. Nela obtém-se o efeito terapêutico através das trocas verbais em torno do conteúdo da produção (Yokota, 2003). O processo visa atingir uma melhor percepção de si e dos outros, e ajudar o adolescente a lidar melhor com as suas dificuldades (Glover, 1999, cit. por Yokota, 2003).

Tomando como referência os autores Gehringer (2005) cit. por Pereira (2009); Azevedo Júnior (2007); e Fischer (1983), a arteterapia realizada com as jovens (no decorrer da terapia de grupo) baseou-se na crença de que o processo criativo envolvido na atividade artística é terapêutico e enriquecedor. Por meio e através da reflexão sobre os processos e trabalhos artísticos criados, as jovens tiveram a oportunidade de ampliar o conhecimento acerca de si, e dos outros; aumentar a sua auto estima; lidar melhor com os sintomas, *stress* e experiências traumáticas; desenvolver recursos físicos, cognitivos

e emocionais; desenvolver a sua imaginação; modificar os pensamentos erróneos; aprender a conviver com os outros, respeitando as suas diferenças; e expressar o que sentem e pensam, sendo uma forma de ajudar as adolescentes a conhecerem e a transformarem o mundo em que vivem.

- Acompanhamento por telefone:

O acompanhamento por telefone, de acordo com a NIC (2004) é uma intervenção que pode auxiliar na avaliação da resposta do adolescente, e determinação do potencial de problemas, por esta via. Esta é uma modalidade e uma forma de intervir, onde estudos têm observado, que pode ser uma poderosa forma de intervenção, e um agente de ajuda e mudança na vida da pessoa. Isto porque, a utilização destes meios de comunicação, quando não se pode chegar ao jovem de outra forma, estimula a eficácia e rapidez da intervenção (Suler, 1996). Porém, é importante realçar que o acompanhamento por telefone não pretendeu ser uma substituição do contacto face a face, mas sim uma forma de ajudar o jovem, quando este contacto não foi possível. Ou seja, esta intervenção foi por mim usada poucas vezes, e apenas quando não houve possibilidade, de ambas as partes, de nos deslocarmos para a realização de contacto face a face, servindo como suporte de apoio e perceção da situação do jovem.

- Visitas domiciliárias:

Apoiando o meu comportamento no que nos dizem Labate et al. (2004), as visitas/intervenções domiciliárias que realizei, tiveram como objetivo, uma maior proximidade ao jovem, e uma visão holística da sua família, de forma a potenciar melhor as estratégias. Através desta atividade pudemos planear cuidados mais ajustados ao jovem e à sua família, para além de proporcionar, tanto ao jovem, como à sua família, o sentimento de maior segurança e à vontade, pois estavam no seu ambiente. Esta intervenção deu-me a oportunidade de me aproximar ao contexto do jovem, e favoreceu a articulação entre este e os recursos da comunidade. Sendo importante explicar que esta intervenção foi usada com um jovem e a sua família, quando necessitei de conhecer melhor o seu contexto, conhecer a sua família, e auxiliar o jovem a alterar alguns comportamentos.

- Ensinos:

O ensino foi uma forma sistemática de transmissão de conhecimentos, utilizada para instruir e educar os jovens e/ou as suas famílias. Foi elaborado tendo em conta as suas necessidades sobre determinado assunto ou temática, tendo também como objetivo o aumento do empowerment do jovem e/ou da sua família, para se responsabilizarem pelos seus comportamentos, atitudes e decisões.

De acordo com Pereira (2010), o empowerment consistiu num processo em que o jovem e/ou a sua família adquiriram um maior poder e controlo sobre a sua vida, proporcionado quer por um ganho de conhecimentos, quer pelo desenvolvimento de competências, que lhe permitem a tomada de decisão e uma participação efetiva no seu projeto de saúde.

- Promoção do envolvimento familiar e suporte à família:

Segundo a NIC (2004), o suporte à família diz respeito à promoção dos valores, dos interesses e metas da família, e a promoção do envolvimento familiar. É uma forma de facilitar a participação da família no cuidado emocional e físico do adolescente. Segundo Oliva et al. (2007) é claro que as relações familiares positivas atuam para alguns jovens como um fator protetor do seu desajuste comportamental, na presença de uma dose significativa de adversidades. Em termos gerais, pode-se dizer, que as relações familiares são um dos principais fatores que protegem os jovens dos efeitos adversos, dos acontecimentos stressantes. Pelo que, segundo Scivoletto et al. (1994) cit. por Balhs e Balhs (2003), o envolvimento da família e suporte à mesma foi importante, no trabalho realizado com os adolescentes, e teve como objetivo, modificar padrões mal adaptados de comportamento e comunicação dentro da família. Tive a oportunidade de realizar ensinos, no seio do ambiente familiar, acerca da patologia, sintomas e tratamento; exercício físico; alimentação saudável; e assertividade. E com eles aumentar a predisposição para a alteração comportamental, conduzindo a uma melhor resolução de conflitos e, possibilitar o aumento da segurança e suporte adequados. Tomando como referência os autores Birmaher et al. (1998) cit. por Balhs e Balhs (2003), o envolvimento da família nos cuidados aos jovens prendeu-se com a importância de transformar os familiares em colaboradores ativos no processo de cuidados, ajudando os mesmos a definir áreas e comportamentos alvo de mudança.

3.2.1 – Avaliação das intervenções

Torna-se importante agora, explicar como foram avaliados os cuidados prestados ao longo das intervenções. O termo avaliação considera a descrição das decisões que o enfermeiro toma, para a concretização dos resultados obtidos pelo utente. Assim, o enfermeiro determina se as decisões tomadas são apropriadas, realistas e atuais (Beteghelli, et al. 2005). A avaliação da efetividade dos cuidados é parte integrante do processo ensino/aprendizagem, servindo para sustentar a lógica e organização do trabalho, devendo para este efeito haver indicadores e/ou instrumentos para a validação da avaliação clínica que foi acontecendo no decorrer das próprias intervenções ou após as mesmas.

No decorrer das intervenções realizadas com os adolescentes usei três instrumentos de avaliação e validação dos resultados obtidos. Os instrumentos utilizados para este efeito foram: BDI-II (Anexo I), que apliquei na 1ª avaliação diagnóstica (primeira entrevista) e na última avaliação diagnóstica (fim das intervenções); tabelas de avaliação da evolução clínica dos adolescentes (onde estão registadas as avaliações/reavaliações efetuadas) comportando vários indicadores de processo; e indicadores de resultados (Anexo VI) aplicado aos adolescentes na última intervenção realizada.

Para a criação dos vários indicadores (que se encontram nas tabelas e nos indicadores de resultados) usei os sintomas caraterísticos da depressão na adolescência, e os juízos de diagnóstico apontados nos diferentes jovens que acompanhei. Nas tabelas de avaliação da evolução clínica dos adolescentes, os indicadores utilizados foram: estratégias e capacidades do adolescente; comunicação; humor; vontade de viver; imagem corporal; auto estima; coping; ansiedade; tristeza; e interação social. Nos indicadores de resultados (que comportam 11 perguntas), os indicadores utilizados foram: auto estima, coping, comportamento assertivo, isolamento, bem-estar, imagem corporal, comportamento alimentar, satisfação com a vida, ansiedade, segurança, e avaliação das intervenções.

Passo agora a explicar a importância da utilização do BDI-II, como instrumento de apoio à avaliação diagnóstica e validação dos resultados obtidos. Segundo Zimmerman et al. (2013), nas últimas décadas, os progressos no que se refere à classificação nosológica mostram uma tendência à operacionalização de critérios

diagnósticos e salientam a importância das estratégias de avaliação que tendem por sua vez, a se tornarem mais padronizadas. Ressalta-se o papel das escalas tanto para fins diagnósticos, como para a pesquisa.

O BDI é uma escala de auto-relato, desenvolvida originalmente por Beck et al. (1961). Foi um dos primeiros instrumentos criados para medir especificamente a depressão (Zimmerman et al, 2013). A escala compreende 21 itens descritivos de atitudes e sintomas, constituindo cada um uma manifestação comportamental específica da depressão (Beck et al, 1961). Por tal razão, é considerada uma escala sintomática. As alternativas de resposta a cada item pressupõem níveis de gravidade crescente de depressão (Gomes-Oliveira et al, 2012). Deste modo, a soma dos *scores* dos itens individuais é considerada medida da intensidade da depressão que, segundo normas, pode ser classificada como mínima, leve, moderada ou grave (Goreinstein et al, 2011).

Este instrumento foi desenvolvido para uso com utentes psiquiátricos, posteriormente demonstrando ser útil também para a população geral, incluindo crianças e adolescentes (tendo sido adaptado para os mesmos – BDI-II). Na literatura, são encontradas referências a vários trabalhos com adolescentes (Ambrosini, Metz e Bianchi, 1991; Atlas e DiScipio, 1992; Araya et al, 2013). Diante do exposto, a avaliação específica da utilidade clínica do BDI-II, para esta fase da vida, parece extremamente importante. Devido à vulnerabilidade à depressão se intensificar muito na adolescência, há a necessidade de um diagnóstico precoce nestes casos (Iliceto et al, 2011). Sendo assim, as escalas auto-aplicáveis têm-se mostrado importantes ferramentas para o rastreamento da depressão entre os adolescentes (Salle et al, 2012).

A avaliação possibilitou a tomada de decisão e a melhoria da qualidade dos cuidados. Proporcionou uma melhor compreensão das ações em desenvolvimento e das necessidades. Foi para mim um apoio no decorrer do ensino clínico, contribuindo para a obtenção da percepção dos resultados conseguidos, e dos incidentes críticos. Permitiu-me também aprimorar, perceber se os objetivos foram atingidos, e se desenvolvi as competências a que me propus.

Após esta exposição acerca do processo de cuidados, que promoveu o meu desenvolvimento de competências, apresento no próximo ponto, duas situações clínicas (a jovem FM e o jovem DG) que documentam o processo de cuidados que foi desenvolvido com os adolescentes. É também importante referir, que dado o volume de

informação, tive de remeter para anexo (Anexo II) as outras duas situações clínicas (a jovem LC e a jovem AR) que também foram objeto de cuidados.

3.3 – Apresentação de situações clínicas

As competências desenvolvem-se na ação e por isso torna-se importante expor como procedi no decorrer deste processo de desenvolvimento de competências, sistematizando os cuidados prestados aos jovens que fizeram parte deste processo. Tal como já referi nos pontos anteriores, no decorrer deste processo usei um conjunto de critérios organizadores, estes critérios foram: a recolha de dados; a avaliação e reavaliação diagnóstica em sincronia com as intervenções; e a validação dos resultados obtidos. Para a recolha de dados foquei-me nos dados de cariz biográfico (idade, sexo, sexualidade, habilitações literárias, núcleo familiar), bem como nos dados acerca das relações familiares e sociais, comportamentos adotados pelos jovens, estratégias e capacidades dos jovens e/ou da sua família.

Como referi nos pontos anteriores, ao longo deste processo, foram apontados juízos de diagnóstico para cada situação clínica. Estes juízos diagnósticos vão surgindo no seio do texto para que seja perceptível a sua relação com os respetivos dados.

Situação clínica FM

Entrevistas

Entrevista de avaliação diagnóstica inicial: A utente é acompanhada pela pedopsiquiatria no DPSM desde Março de 2015, tendo como diagnóstico episódio depressivo. E ela foi-me encaminhada pela pedopsiquiatra do DPSM, no seguimento da sua consulta. A entrevista foi realizada no DPSM, num gabinete calmo, confortável, acolhedor e livre de distrações. Proporcionando segurança e privacidade à utente.

A FM tem 14 anos, sexo feminino, aspeto cuidado. Apresenta postura um pouco retraída, envergonhada, respondendo apenas com frases curtas. Percebi neste contacto inicial, alguma dificuldade e insegurança – **Insegurança atual**, por parte da utente em expressar sentimentos e emoções. Pelo que, expliquei à utente o trabalho que íamos realizar, e a

importância de se sentir e ser parte ativa neste processo. Após esta explicação, percebi um aumento da sua segurança e redução da ansiedade inicial, tendo a utente mostrado um pouco mais à vontade, efetuando contacto olho no olho.

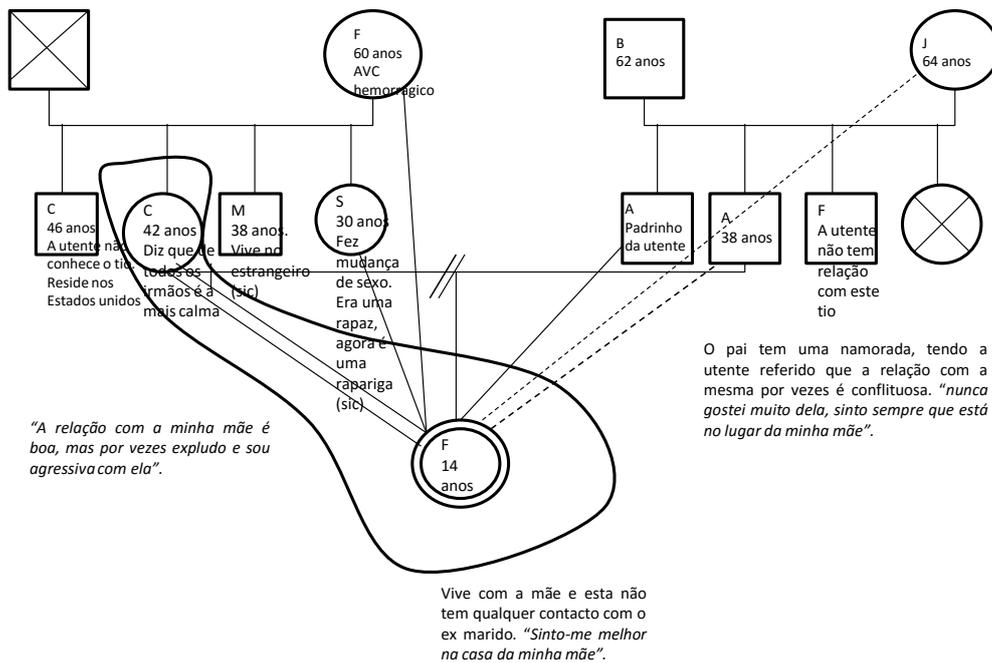
Depois da apresentação efetuada, coloquei algumas questões abertas, tendo a utente ficado gradualmente mais à vontade. Referiu que reside com a mãe, pois os pais separaram-se há 8 anos. Em Julho de 2015 foram presentes a tribunal no pedido da guarda da utente e isso fez com que se sentisse pior – **Tristeza atual**, pois quer continuar na casa da mãe, dizendo que é aí que se sente bem e que essa é a sua casa. Frequenta a casa do pai e da avó paterna por temporadas, às vezes passa um fim-de-semana, outras vezes uma semana e já chegou a passar um mês com o mesmo. Mas, a relação tem vindo a degradar-se porque não gosta da namorada do pai. *“Não gosto dela porque sinto que está no lugar da minha mãe”*. *“Sinto-me revoltada com a separação dos meus pais e por a minha relação com ele não ser boa”* – **Coping comprometido**.

Para uma melhor compressão e perceção das relações familiares e do comportamento que adota com alguns membros da família realizámos o genograma. Este consiste numa técnica que visa representar, de forma gráfica o desenho familiar ou árvore familiar. É, através deste instrumento que podemos obter uma visão geral da estrutura familiar, as interações existentes entre os membros, laços afetivos positivos e negativos, bem como padrões de comportamento que se repetem entre as gerações, ou seja, um fluxograma para identificar os processos biológicos, sociais, emocionais, culturais, entre outros fatores que compõem uma família por várias gerações (Gomes, 1999, cit. por Correia e Martins, 2009).

O registo das informações é o principal aspeto na construção de um genograma. O conteúdo das suas informações pode ser variável de acordo com o objetivo da aplicação do genograma. As representações gráficas utilizadas na construção do genograma estão de acordo com a simbologia utilizada por McGoldrick, a qual foi estabelecida pela comissão de revisão académica do genograma, que após um período de estudos de 1978 a 1998, definiu os padrões de construção do genograma (Gomes, 1999, cit. por Correia e Martins, 2009).

Com a análise do mesmo percebemos que a relação entre mãe-filha é boa, mas por vezes têm alguns conflitos. Com o pai, a utente diz que adota comportamento passivo. *“Tenho mais abertura para conversar com a minha mãe sobre certos assuntos, mas às vezes discutimos”* – **Comportamento assertivo comprometido**.

Esquema 1: Genograma – jovem FM



Após ter interrogado a jovem acerca da sua família e das relações no seio da mesma, tentei perceber o que a jovem sente, o que a preocupa e como se vê. Tendo referido que ultimamente se sente: mais nervosa; irritada, mas depois passa; ansiosa – **Ansiedade atual**; falta de prazer nas atividades que antes lhe eram prazerosas, passa muito tempo na cama; baixa auto estima – **Baixa auto estima atual** (olha para si e não gosta, e compara-se muito com as outras raparigas e como gostava de ser – **Imagem corporal comprometida**); triste; auto mutilações (cortes nos braços, diz que é uma forma de aliviar a dor interna – **Automutilações atual**); quando está irritada e ansiosa, come muito e depois vomita porque se sente cheia e fica com

“peso na consciência” – **Comportamento alimentar comprometido** (a mãe deixou de comprar os alimentos que a utente come mais nestes momentos e tem funcionado).

Posteriormente referiu que frequenta o 9º ano de escolaridade, e que tem boas notas: “*no tempo de escola quando estou triste, estudo*”. No entanto, diz que tem poucos amigos, nos intervalos da escola isola-se muito e sente-se mal se estiver muita gente quando sai de casa – **Isolamento social atual**. A jovem também refere que: “*tenho mais amigos virtuais do que outros,*” porque não gosta das conversas dos colegas, diz que são mais infantis que ela e que não se identifica com os mesmos. Diz que tem uma amiga em Viseu, com quem desabafa e partilha momentos. E, sai com a mãe às compras, ao café, etc.

A FM esteve internada no serviço de pediatria do HESE de dia 6 a dia 10 de Setembro de 2015, por descontrolo emocional tentando ferir-se com um vidro. No entanto telefonou à mãe (que estava a trabalhar), em busca de auxílio.

A jovem faz medicação: paroxetina 20 mg⁶ – 1 comprimido ao pequeno-almoço.

A jovem identifica sinais e sintomas da depressão e sabe o que a médica explicou acerca da mesma. No entanto, quando a questioneei acerca de estratégias para lidar com esta situação, a utente não apontou estratégias e diz que não sabe lidar com a situação.

No término da entrevista, como forma de apoio à avaliação diagnóstica inicial, apliquei o BDI-II; apresentando estado de depressão grave – *score* 34.

2ª Entrevista: Em resultado da 1ª avaliação procurei identificar com mais detalhe os motivos dos seus comportamentos, pelo que abordámos alguns assuntos, tais como: auto mutilações, ansiedade e comportamento alimentar. A jovem referiu que iniciou auto mutilações no início deste ano: “*faço-o quando estou nervosa e irritada, depois sinto-me descontráida e depois culpada*” – **Automutilações atual, ansiedade atual e coping comprometido**. Diz que o faz quando “discute mais a sério” com a mãe, porque é a pessoa mais próxima e com quem tem melhor relação. Perante esta informação decidi ensinar exercícios de relaxamento⁷, e de distração (ouvir música, desenhar, tirar fotografias (que a utente referiu gostar)). “*Não tenho nada para fazer por isso fico ansiosa, mas não sei explicar porquê, nem algum acontecimento*

⁶ Segundo o INT (2012), o cloridrato de paroxetina é indicado para o tratamento dos sintomas de doença depressiva de todos os tipos, incluindo depressão reativa e grave e depressão acompanhada por ansiedade. Após uma resposta satisfatória inicial, a continuação do tratamento com cloridrato de paroxetina é eficaz na prevenção de recorrência da depressão

⁷ Ryman (1995), cit. por Payne (2003) define relaxamento como um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo. Isto inclui os aspetos psicológicos da experiência de relaxamento, como são as sensações agradáveis e ausência de pensamentos geradores de *stress* ou perturbadores. Assim o termo “relaxado” é usado quer para referir o relaxamento muscular quer para pensamentos de tranquilidade.

que me faça isso”. Incentivei a utente a fazer exercício físico⁸, como forma de prevenir e ajudar nos momentos em que se sente mais ansiosa, de maneira a canalizar energia para o exercício físico e hábitos mais saudáveis, com o objetivo de diminuir a ansiedade, aumentar a auto estima e melhorar a imagem corporal.

Em relação ao comportamento alimentar, realizei ensino acerca da alimentação saudável. A estratégia que a mãe da utente adotou tem resultado (não comprar sumos, bolachas, batatas fritas, etc. que eram os alimentos que a utente mais abusava nestas situações). *“Mas fico com mais ansiedade porque não tenho isso para comer, mas acaba por passar e esqueço-me disso”*. Pedi à utente para nesses momentos comer uma peça de fruta.

Relativamente ao isolamento social, comportamento assertivo e relação com a família mais próxima, a utente referiu: *“Sinto-me mais à vontade sozinha, num grupo fico mais ansiosa, não sei falar e tenho medo de não me enquadrar; mas nunca experimentei estar num grupo grande, porque tenho medo”*- **Isolamento social atual**. Diz que a relação com o pai: *“não é má quando estou com ele, mas não tenho muita confiança e não falo muito com ele”*. Diz que o pai não aceita e não compreende as deslocações ao DPSM. Relativamente à relação com a avó paterna, refere: *“quando lá estou é boa, mas ela fica sempre do lado do meu pai e agora está um pouco chateada comigo por causa do tribunal”*. Em relação à mãe, referiu: *“tenho mais confiança com ela, desabafo muito com ela, mas por vezes sou agressiva, mas mesmo assim antes era pior”*- **Comportamento assertivo comprometido**.

Após termos falado acerca do isolamento social e das relações com a família mais próxima, realizámos um exercício. Este foi realizado para que a utente perceba os seus pontos positivos, e para alterar distorções negativas em relação à sua imagem corporal: O que gostas em ti? - Cabelo, olhos, inteligente, amiga, bom humor às vezes. O que não gostas em ti? - O restante: *“não gosto do meu feitio porque, não sou muito simpática”*. *“Sinto-me gorda”*. O que os outros acham de ti? - Muito alta, bom humor, boa amiga. Após a realização do mesmo e sua análise, a utente referiu: *“percebo que todos somos diferentes e que vai haver sempre coisas em mim que não vou gostar, mas tenho de aprender a viver com isso e sentir-me bem”*.

3ª Entrevista: Nesta entrevista desenhamos a linha de vida. Sendo esta mais uma ferramenta útil para ambas (eu e a jovem) para entender alguns fatos ocorridos na sua vida. A decisão decorre da necessidade da utente expressar sentimentos e emoções, para que ela tenha uma

⁸ Segundo Payne (2003) existem atualmente provas sólidas de que o exercício físico contribui para o bem-estar e conseqüente paz de espírito do indivíduo. Este parece estar estreitamente ligado à saúde mental, advindo uma sensação de bem-estar com a prática do exercício, registando menos tensão, fadiga, agressividade, depressão e insónia (Royal College of Physicians, 1991). Os benefícios psicológicos do exercício incluem a distração em relação às preocupações, a libertação de frustrações, sentimento de realização e sensação de melhor aparência física.

melhor compressão de momentos negativos e positivos que ocorreram, e também referenciar as estratégias que adotou para lidar com os negativos.

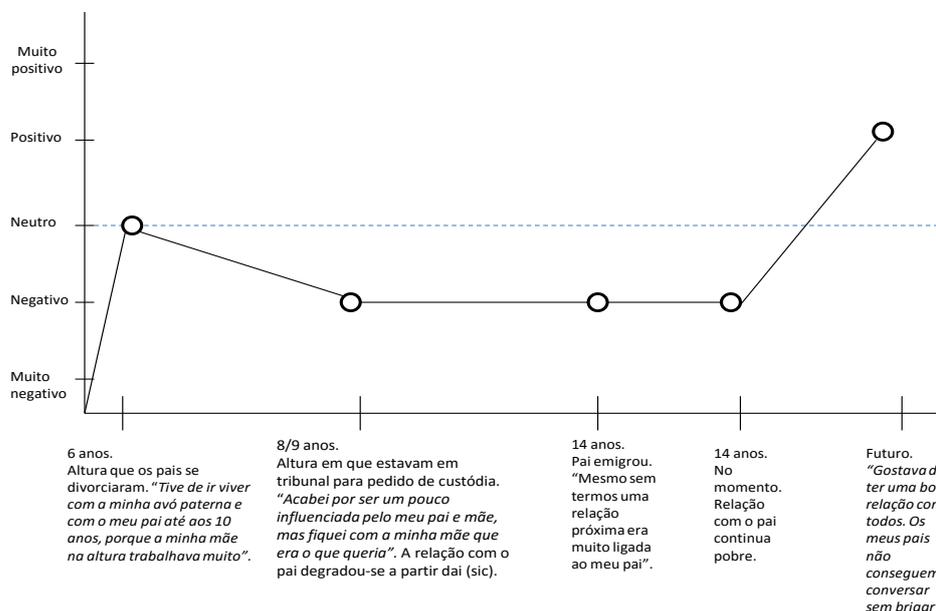
A construção da linha de vida pode ser uma boa técnica para estimular o utente a relembrar o seu passado, assim como para trabalhar questões emergentes a partir dessas recordações. Esta técnica passa por uma revisão da história de vida do utente da forma mais completa possível, tendo em conta os acontecimentos mais marcantes, segundo o relato do mesmo. Esses acontecimentos são representados graficamente, para que seja de mais fácil entendimento para o utente e o enfermeiro. Depois da linha de vida construída, o enfermeiro pode trabalhar diversas questões com o utente.

É essencial, que o enfermeiro esteja atento às emoções que forem surgindo durante a construção do instrumento, e trabalhe esses sentimentos. Ao analisar a linha de vida, o enfermeiro e o utente podem identificar as estratégias que este já utilizou em momentos complicados da vida, para superar dificuldades, ativando assim, técnicas que ele mesmo possui para enfrentar os seus problemas atuais ou futuros. O utente pode ainda verificar, que atribuiu importância inadequada a alguns momentos ou fatos da sua vida, o que é muito produtivo para o processo terapêutico.

A fase atual também é incluída na linha, e é uma oportunidade de verificar como o utente se percebe no momento. Por fim, a técnica pode ser concluída com uma projeção do futuro.

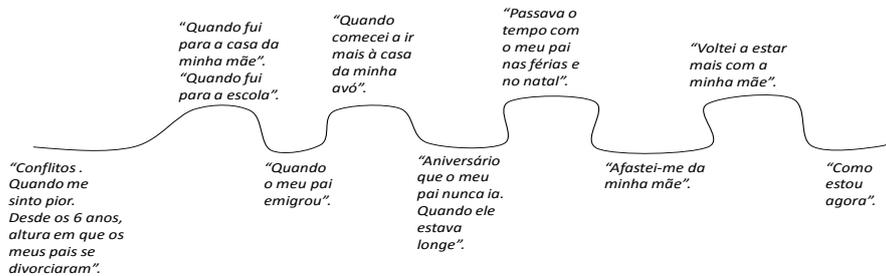
Através da construção e análise da linha de vida, a utente, teve uma melhor percepção das estratégias que adotou para lidar com situações negativas da sua vida. No decorrer da construção da mesma, apontou três momentos negativos, entre os 8 e os 14 anos, relacionados com a separação dos pais, a presença em tribunal para decisão da custódia, e os conflitos entre os pais. Como momento positivo, apontou o plano para o futuro, estando este relacionado com os pais: *“quero que eles consigam conversar sem brigarem”*.

Esquema 2: Linha de vida – jovem FM



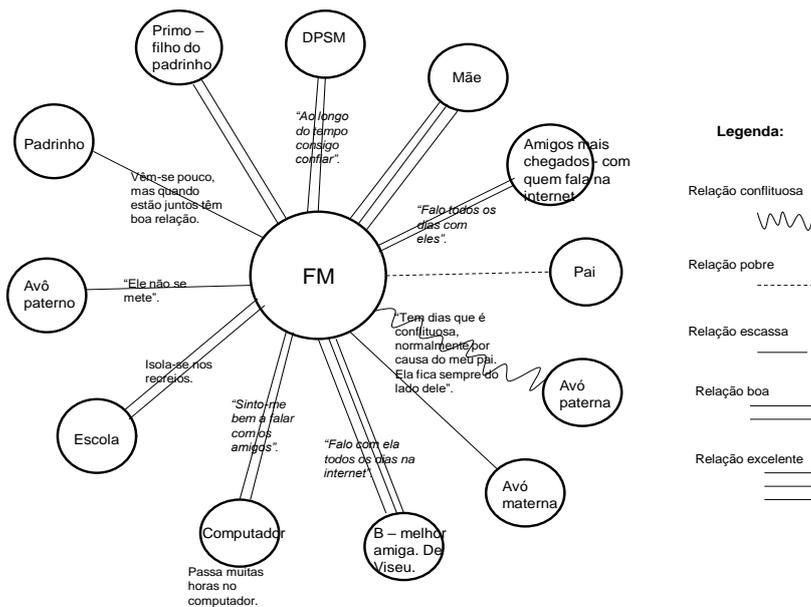
Após a análise da linha de vida (que se pode observar acima) pedi à utente para traçar a sua própria linha de vida. Para que a jovem entendesse que é parte ativa do processo de cuidados, e para uma melhor compreensão da minha parte e da parte da utente, como esta vê a sua vida. Tendo a utente desenhado a sua linha com ligeiros altos e baixos, referindo: *“a minha vida é assim desde os 6 anos, altura em que os meus pais se divorciaram”*. O facto de desenhar a sua própria linha de vida permitiu à utente, falar mais abertamente sobre os seus sentimentos, sobre os acontecimentos e sentir-se mais à vontade e confiante, no decorrer da entrevista.

Esquema 3: “A minha vida” – jovem FM



Após a realização das linhas de vida e da análise das mesmas, realizámos também o ecomapa, para um melhor entendimento e perceção das ligações da adolescente com as pessoas e estruturas sociais do meio em que habita. Este instrumento avalia a força da ligação, o impacto da ligação e a qualidade da ligação. E permitiu que a utente percebesse que tem uma forte ligação com o computador, passando muitas horas no mesmo, tendo referido: “*eu guardo muitas coisas para mim e tenho muita dificuldade em relacionar-me com os outros e dizer o que sinto*” – **Isolamento social atual e comportamento assertivo comprometido.**

Esquema 4: Ecomapa – jovem FM



No término da entrevista pedi à utente para pesquisar sobre o tema - assertividade (de forma a que se sinta parte ativa no processo de cuidado, e contribuir para o aumento dos seus conhecimentos em relação ao tema que iremos trabalhar em algumas entrevistas), para darmos início ao treino assertivo, na próxima entrevista e trabalhar a assertividade nas relações com os outros. Pois a utente refere que uma das dificuldades de relacionamento (levando ao isolamento social) é a adoção de comportamento passivo – **Comportamento assertivo comprometido**, contribuindo para um aumento da ansiedade – **Ansiedade atual**, no estabelecimento de novas relações.

4ª Entrevista: Nesta entrevista, a primeira questão colocada, teve o objetivo de ajudar a utente a expressar o que sentiu em relação à situação que a levou a ficar internada no serviço de pediatria. A jovem explicou que no dia que foi internada tinha estado muito tempo no computador, e começou a ficar ansiosa e nervosa porque não tinha nada para fazer. Então, teve vontade de se automutilar, partiu um copo, mas conseguiu resistir ao impulso, tendo telefonado à mãe a contar o que se passava; referindo: *“é difícil controlar estes impulsos, mas estou a tentar”*. Delineámos e planeámos estratégias para lidar com os impulsos de forma a conseguir controlar os mesmos. As estratégias sugeridas foram: ouvir música; fotografia (que a utente refere ser um hobbie); desenhar; ler e escrever. A jovem referiu que ultimamente tem passado menos tempo no computador: *“tal como a enfermeira me sugeriu”*, aproveitando para passar mais tempo com a mãe e partilhar momentos de qualidade com esta, o que lhe tem sido benéfico; dizendo: *“tenho-me sentido mais ocupada, e a minha mãe também fica contente por estarmos mais tempo juntas”*. Disse também que iniciou exercício físico e que se tem alimentado de forma mais saudável – **Comportamento alimentar melhorado** (tal como lhe tinha sugerido), referindo que quando está a praticar exercício não pensa noutras coisas, e sente-se ocupada – **Coping melhorado**.

Nesta entrevista iniciámos o **treino assertivo**, tendo sido realizada a **1ª sessão** do mesmo, com a apresentação dos diapositivos em formato PowerPoint (Anexo III). Pedi à utente para explicar os estilos de respostas – passivo, assertivo e agressivo (na entrevista anterior tinha solicitado à utente para pesquisar e ler acerca da assertividade). A utente identificou-se com o estilo de resposta passivo-agressivo, dizendo que adota um comportamento passivo nas relações com o pai e com a avó paterna, e agressivo na relação com a mãe.

No término da sessão, entreguei à utente, bibliografia acerca da assertividade, para darmos continuidade ao treino assertivo na próxima entrevista, e para que a utente se sinta parte ativa e responsável pelo seu tratamento e intervenções terapêuticas. Pedi também para escrever

uma situação onde adotou comportamento passivo e/ou agressivo. A jovem mostrou-se receptiva e agradada com a realização dos trabalhos de casa.

Também pedi à utente, como trabalho de casa, para realizar um exercício de auto conhecimento (Anexo IV), intitulado – uma breve análise do eu: eu comigo, eu com o outro e eu com os outros. Para tal, foi utilizada a janela de Johari, desenvolvida por Joseph Luft e Harry Ingham na década de 50, com o objetivo de facilitar o autoconhecimento pessoal, o desenvolvimento e compreensão das relações no grupo (Chapman, 1995-2005) e, para melhor perceção das suas capacidades e pontos positivos; contribuindo desta forma para a redução da ansiedade nas relações com os outros, melhoria do comportamento assertivo, e aumento da auto estima.

A janela de Johari é constituída por quatro áreas: área aberta – o que é conhecido pela pessoa sobre si e é também conhecido pelos outros; área cega – o que é desconhecido pela pessoa sobre si, mas é conhecida por cada um dos outros; área escondida – o que a pessoa sabe sobre si que os outros não sabem; e área desconhecida – o que é desconhecido pela pessoa, e também é desconhecido pelos outros (talentos, o potencial encoberto, o potencial criativo).

As tarefas de casa foram sendo pedidas ao longo das intervenções realizadas, para que a utente se sentisse parte ativa do processo de cuidados, e para contribuir para um aumento do empowerment.

5ª Entrevista: No início da entrevista realizámos a análise dos exercícios de auto conhecimento, tendo a utente referido: *“vou mais pelo que os outros dizem, sou muito influenciada”*. No decorrer da análise dos exercícios de auto conhecimento a jovem falou acerca do seu corpo, e do descontentamento em relação ao mesmo – **Imagem corporal comprometida**, tendo referido também: *“quando entrei para a escola, com 6 anos, fui um pouco gozada porque não queria brincar e sou muito calada”*. A análise dos exercícios ajudou a utente a abordar alguns assuntos de forma mais aberta e espontânea, tendo referido: *“fez-me pensar mais em mim, no que sinto e penso em relação a mim, e no que os meus pais pensam de mim”* (pois os exercícios comportam uma parte com perguntas acerca da pessoa que são respondidas por outros).

No decorrer desta entrevista demos continuidade ao **treino assertivo**, tendo sido realizada a **2ª sessão** do mesmo, onde trabalhámos duas situações de conflito com a mãe: uma situação do passado, em que a utente foi agressiva com a mesma; e uma situação recente em que a mãe adotou comportamento agressivo com a utente: *“ela às vezes fala comigo de forma agressiva, já o meu pai não me faz isso, talvez seja por isso que eu sou mais agressiva com a minha mãe, ela sempre foi mais de chantagens emocionais, mas eu antes não percebia”*.

“Fiquei ansiosa e nervosa com esta situação, mas adotei as estratégias que me sugeriu, desenhei e fiquei mais calma”.

Como procedimentos, usámos o ensaio comportamental; a modelação e o reforço positivo, como forma de incentivar a utente à mudança de comportamentos. Como tarefa de casa/treino individual, pedi à utente para na última situação (a que ocorreu hoje), colocar em prática o treino que fizemos, e conversar, amanhã, com a mãe, de forma assertiva; e depois de conversar com a mãe responder a duas questões – Como se sentiu no momento? Como se sentiu depois? A utente referiu: *“li os artigos que a enfermeira me deu acerca da assertividade e gostei muito, identifiquei-me, tem tudo a ver comigo, acho que vai ser bom porque eu quero conseguir mudar algumas coisas”*. Elogiei-a pelo seu discurso. O elogio esteve presente no decorrer das intervenções, como forma de motivar e incentivar a adolescente à mudança comportamental, e como forma de reforço positivo à adoção de comportamentos benéficos e saudáveis.

No término da entrevista expliquei à utente o que são os pensamentos automáticos e entreguei um exercício de registo dos pensamentos disfuncionais (Anexo V) para trabalho de casa. Estes exercícios podem ser benéficos para a utente, pois através de um melhor entendimento dos pensamentos disfuncionais, ou seja, entendendo que os mesmos podem ser erróneos, contribui para a diminuição da ansiedade.

Os pensamentos disfuncionais dizem respeito a um fluxo de pensamento que consiste num fluxo de pensamento mais manifesto. E a maior parte do tempo não estamos cientes destes pensamentos, embora com algum treino possamos trazê-los à consciência (Beck 2008). Pessoas com depressão e/ou ansiedade muitas vezes interpretam erroneamente situações neutras ou até positivas, deste modo, os seus pensamentos são tendenciosos. Ao corrigir os erros de pensamento muitas vezes o utente sente-se melhor. Em algumas situações, o que alimenta estes pensamentos são crenças subjacentes, ou seja, informação coletada conforme a experiência de vida, sendo estas verdadeiras ou não.

Os tipos de pensamento automático podem ser: distorcido – ocorre apesar das evidências em contrário; preciso mas com conclusão distorcida; preciso mas disfuncional. Estes pensamentos podem determinar os comportamentos e sentimentos dos utentes (Beck 2008).

6ª Entrevista: O início da entrevista foi realizado com a utente, no entanto no decorrer da mesma, solicitei à mãe que participasse no treino assertivo, de forma a contribuir para o envolvimento da mesma no processo de cuidados à utente.

No início da entrevista a jovem apresentava humor tendencialmente eutímico, fâcias sorridente e facilidade em expressar sentimentos. Notando-se ao longo das intervenções

realizadas, uma maior abertura, à vontade e confiança – **Insegurança melhorada**, e o estabelecimento de uma relação terapêutica.

Em relação aos trabalhos de casa pedidos na entrevista anterior - registo dos pensamentos disfuncionais, referiu que não os fez, porque não teve tempo, tendo-lhe dado mais tempo para os efetuar.

Acerca da situação treinada na entrevista anterior, como treino assertivo individual, referiu: “*no início fui assertiva com a minha mãe, mas depois não aguentei mais porque ela começou a responder mal*”. Sugeriu à utente que trabalhássemos algumas situações com ambas (utente e mãe), tendo concordado e referiu: “*até acho boa ideia porque se ela não é assertiva, depois para mim também é difícil*”. Pelo que, a **3ª sessão do treino assertivo** foi realizada com ambas, onde conseguiram ser assertivas, principalmente a utente. Elogiei-a e fiz reforço positivo. No entanto, apresentou alguma ansiedade e labilidade emocional relacionada com a mudança comportamental. No final da intervenção ambas referiram que foi benéfico e que se sentiam mais tranquilas e aliviadas.

No final da entrevista pedi como tarefa de casa, que registassem as situações em que são assertivas entre elas e que respondessem à questão: como se sentem em relação a essa mudança? Para que mais facilmente percebam a alteração comportamental, e a importância que esta alteração pode ter na melhoria do seu bem-estar, e no aumento da qualidade da relação mãe-filha.

7ª Entrevista: Falámos do regresso às aulas e da ansiedade em relação a este regresso. A utente referiu que o sentimento que tem em relação ao tempo que passa nos intervalos mantém-se. A utente refere que tem dificuldade em comunicar com jovens da sua idade, e isso faz com que se isole nos intervalos – **Comportamento assertivo comprometido e isolamento social atual**, dizendo: “*no 1º dia de aulas, por causa do ambiente, tinha medo como ia correr, começo a pensar negativo*”. No entanto referiu que tem adotado estratégias sugeridas e aprendidas: “*ouço música e desenho*” – **Coping melhorado e ansiedade melhorada**, dizendo ainda: “*agora tenho vindo a aperfeiçoar o desenho, e eu e a minha mãe desenhamos juntas, cada uma desenha numa parte da folha e depois juntamos o desenho. Isto demora algum tempo, e assim passamos mais tempo juntas a fazer algo que gostamos*”. “*Já praticamente não vou ao computador, nem sinto vontade de estar no computador, descobri que posso fazer outras coisas que me sinto bem*”. Elogiei a utente pelo seu discurso, mudança de comportamento, e procura de comportamentos mais saudáveis que lhe tragam maior satisfação.

No decorrer da entrevista efetuámos a análise do registo dos pensamentos disfuncionais (que tinha sido pedido como trabalho de casa), tendo a utente referido: “*gostei de ter realizado*”

este exercício, porque compreendi que tenho de alterar alguns pensamentos, porque na altura penso isso, mas depois avalio e vejo que não era bem assim”.

No final da entrevista demos continuidade ao **treino assertivo**, onde realizámos a **4ª sessão**. A utente trouxe o registo das situações, em que ela e a sua mãe foram assertivas uma com a outra, e a resposta à questão de como se sentiram nesses momentos (que foi pedido como tarefa de casa). Analisámos as situações, onde a utente referiu que o relacionamento de ambas melhorou, e que, quando não estão a conseguir ser assertivas, dizem uma para a outra: “*não estás a ser assertiva*”, e tudo melhora. A jovem também disse: “*sentimo-nos muito contentes, calmas e aliviadas*” – **Comportamento assertivo melhorado**. Fiz reforço positivo.

8ª Entrevista: A entrevista foi realizada com a utente e com a sua mãe, de forma a dar suporte à família e a envolver a mesma no processo de cuidados.

A FM referiu que não se tem automutilado, mesmo que tenha vontade: “*tenho menos vontade e quando tenho, não o faço porque magoo os outros, principalmente a minha mãe*”. “*Quando tenho vontade, tento não pensar nisso e distrair-me com coisas de que gosto, e depois essa vontade passa*” – **Automutilação melhorado**. Foi elogiada por mim e pela sua mãe, pela alteração comportamental e por resistir ao impulso de se automutilar, adotando novas estratégias (que se têm revelado eficazes) para lidar com os momentos de ansiedade. A jovem referiu também: “*ultimamente não tenho estado ansiosa*”. “*Sinto-me menos ansiosa do que antes, mas às vezes ainda fico um bocado, mas tento distrair-me com coisas de que gosto*” – **Ansiedade melhorada**.

A utente tem vindo a alterar comportamentos, adotando comportamentos mais saudáveis e benéficos. A mãe da utente referiu que a filha passa menos tempo no computador, passando-se alguns dias sem utilizar o mesmo. Prefere estar com a mãe e partilhar momentos com a mesma ou desenhar e pintar. Comprou um livro que lhe sugeri, intitulado - terapia pela pintura. A jovem referiu também que está mais contente na escola, porque já não se isola: “*tenho alguns amigos da minha turma e estou algum tempo com eles*”. “*Antes não tinha amigos e passava os intervalos sozinha, agora já tenho, falo com eles e sinto-me bem*” – **Isolamento social melhorado**

No decorrer desta entrevista demos continuidade ao **treino assertivo**, onde realizámos a **5ª sessão**, tendo a utente verbalizado uma situação que ocorreu na escola com uma colega, onde a utente referiu que adotou comportamento tendencialmente agressivo: “*mas depois fiquei a pensar nisso e que devia falar com ela de outra forma*”.

A mãe da utente relatou uma situação em que adotou comportamento ligeiramente agressivo com a utente. Porém, nessa mesma situação, a utente adotou comportamento assertivo, e resolveram o conflito dessa forma. A mãe referiu ainda: *“estas intervenções têm-me ajudado muito, até no meu dia-a-dia e no trabalho. Eu também estou a ganhar com isto”*. *“A F mudou os hábitos dela, até me ajuda com as tarefas de casa. Há dias agarrou no aspirador e aspirou a casa, coisa que ela nunca fazia”*. *“Está muito melhor, comunicamos mais e está mais sorridente”*.

No decorrer desta sessão de treino assertivo adotámos os procedimentos de modelação e reforço positivo. No final da sessão, para uma melhor compreensão da sua alteração comportamental, pedi à utente (tarefas de casa) para escrever como se sentia antes e como se sente agora; porque acha que se sentia assim; e para descrever o que mudou e o que tem feito de forma diferente. Pedi também, para escrever situações em que gostava de ter adotado comportamento assertivo, para darmos continuidade ao treino do mesmo. Tendo a FM referido: *“eu gosto das tarefas de casa, porque me fazem pensar, nos dias que não temos entrevista, nas entrevistas com a enfermeira e no que falamos aqui”*.

9ª Entrevista: A pedido de ambas (utente e mãe), esta entrevista foi realizada com a utente e com a sua mãe. No início da mesma a FM apresentava humor tendencialmente deprimido, fácies entristecido e postura mais retraída do que lhe tem sido habitual, com dificuldade em expressar sentimentos e emoções e apresentando labilidade emocional. A utente refere que está triste – **Tristeza atual**, porque ontem aconteceu uma situação na escola que a deixou apreensiva. Após ter incentivado a utente à expressão de sentimentos e emoções, a jovem referiu: *“eu tinha um trabalho para fazer, com outra colega, mas esta colega nunca faz nada, e combinamos que ela comprava a cartolina. No entanto ela comprou a cartolina, de cor errada, e eu acabei por apresentar o trabalho sozinha. Depois de apresentar o trabalho a professora disse à frente de toda a turma, que este não estava bom e gritou comigo. Senti-me envergonhada e humilhada e sai da sala a chorar. Fui para a casa de banho, e como estava muito ansiosa – **Ansiedade atual**, arranhei-me, porém foi pouco, e apesar de me apetecer, não continuei a fazê-lo porque pensei no nosso acordo e no que prometi, tendo-me sentido culpada”*.

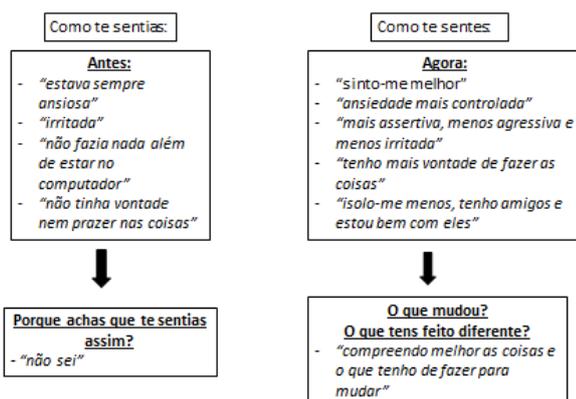
Após a utente ter explicado a situação, a mãe disse que a filha não lhe contou que se tinha auto mutilado, tendo a utente referido: *“era por isso que estava triste e em baixo, porque te menti e não sabia como te contar, não te queria magoar”*. Depois deste “desabafo”, a utente apresentou postura mais tranquila e menos retraída. Elogiei-a por ter conseguido explicar a situação, e por ter conseguido controlar a ansiedade.

No decorrer da situação explicada pela utente demos continuidade ao **treino assertivo**, onde realizámos a **6ª sessão**, tendo por base a situação que ocorreu com a professora. Nesta

sessão de treino assertivo adotámos os procedimentos de modelação e reforço positivo, contribuindo para uma melhor compressão da situação e conseqüente alteração comportamental (adoção de estratégias mais eficazes de resolução de conflitos), levando a uma diminuição da ansiedade, e aumento da segurança e confiança. Ficou acordado com a utente que vai treinar novamente esta situação (em casa), com o auxílio da sua mãe. Para depois, sentindo-se mais segura, poder conversar com a professora (de forma assertiva). A utente referiu: *“isso deixava-me mais aliviada”*.

Após a realização do treino assertivo passámos à análise dos trabalhos de casa que pedi na entrevista anterior. Porém, a utente disse que não fez as tarefas de casa, porque teve muitos trabalhos da escola. Pelo que, realizámos o exercício nesta entrevista, onde fizemos um esquema: como se sentia antes e como se sente agora (para melhor perceção das alterações que tem feito até ao momento).

Esquema 5: Como se sentia antes e como se sente agora – jovem FM



No término da entrevista solicitei à mãe da utente, como tarefa de casa, para escrever: o que acha que a FM alterou; como acha que ela se sente agora; pontos positivos e capacidades da filha, de forma a ajudar a utente a ter uma melhor perceção das suas capacidades, e das alterações que tem vindo a efetuar. No entanto, este exercício, que solicitei à mãe da utente, também teve como objetivo fazer com que esta se sinta parte ativa deste processo de cuidados, promovendo desta forma o envolvimento familiar.

No final da entrevista a utente esboçou sorrisos, apresentou postura mais tranquila, tendo no decorrer da mesma, falado sobre os seus sentimentos mais facilmente e referiu: *“fiz bem em ter contado as coisas, porque me sinto melhor e tirei este peso de cima”*. Fiz reforço positivo.

10ª Entrevista: Depois de discutirmos em equipa, o caso clínico, percebemos que seria benéfico para a utente participar na terapia de grupo organizada pela equipa de pedopsiquiatria. Pelo que, antes da presente entrevista a utente foi à primeira sessão de terapia de grupo realizada pelo psicólogo e educadoras da equipa de pedopsiquiatria do DPSM. Após a jovem ter participado na sessão, referiu-me que se sentiu um pouco ansiosa porque eram 11 jovens, mas que gostou de participar na sessão e que vai continuar a frequentá-la. Elogiei-a pelo seu discurso e fiz reforço positivo.

A entrevista foi realizada com a utente e com a sua mãe, a pedido de ambas. A mãe da utente trouxe escrito um “desabafo”, para lermos em conjunto e analisarmos, onde falava das dificuldades que tem enfrentado e do que tem conseguido ultrapassar. Tendo escrito no final: *“sinto-me nova e renovada depois deste desabafo, olho em volta e vejo novas esperanças, menos medo de falhar no meu papel, que é ser uma boa mãe”*.

Ao longo da entrevista a FM apresentou humor tendencialmente eufímico, fâcias sorridente por períodos, e bom contacto interpessoal, expressando abertamente sentimentos e emoções.

No decorrer da entrevista realizámos a análise da tarefa de casa (capacidades e pontos positivos da FM) que tinha pedido à mãe da utente na entrevista anterior, tendo esta referido: *“acho que a F alterou a forma de falar e abordar os assuntos que a magoam e fazem sofrer”*. *“Acho a minha filha, com força, mesmo com toda a sobrecarga que tem em cima, e com tudo o que está a passar. Embora por vezes não a mostre eu sinto isso e vejo que ela luta constantemente contra o que sente”*. Após a análise da tarefa de casa a utente referiu que por vezes sente-se um pouco em baixo, porém diz que está melhor, mais calma e menos ansiosa.

Depois de efectuada a análise do trabalho de casa, realizámos a **7ª sessão do treino assertivo**, onde considerei importante incluir (novamente) a mãe da utente neste treino da assertividade, de forma a continuarmos o trabalho efetuado em sessões anteriores – melhorar a qualidade da relação entre mãe-filha, contribuindo para uma maior eficácia na resolução dos conflitos entre ambas. Pedi à utente para explicar à mãe como se sente, e a partir daí manterem uma conversa assertiva entre as duas.

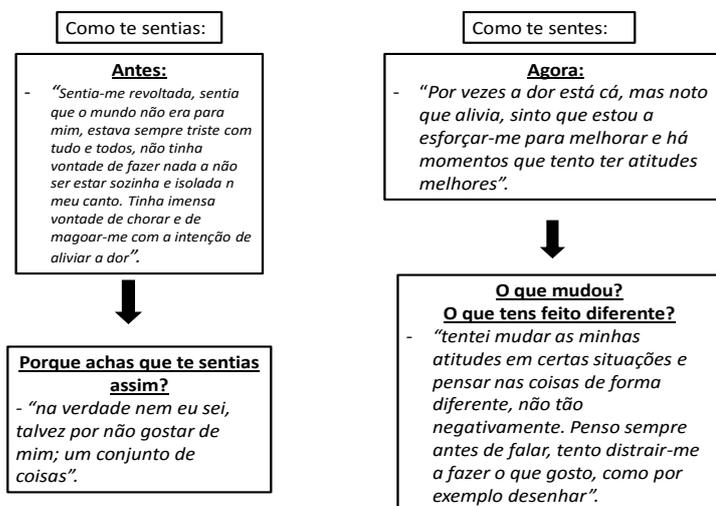
No decorrer desta sessão pedi também, à utente, para me retratar a conversa com a professora (situação trabalhada na sessão de treino assertivo, na entrevista anterior). A utente referiu que conversou com a professora, tendo adotado comportamento assertivo: *“falei com ela e fiquei muito mais aliviada, já nem penso nisso, fiquei melhor”*- **Comportamento assertivo melhorado**. Nesta sessão de treino assertivo adotámos os procedimentos de ensaio comportamental, modelação e reforço positivo.

No término da entrevista a utente pediu para voltar a fazer o exercício realizado na entrevista anterior - como se sentia antes, e porque acha que se sentia assim; como se sente agora, e o que mudou e fez diferente. Levou o exercício para realizar em casa. Solicitei também à utente para desenhar e trazer o desenho na próxima entrevista, para analisarmos o mesmo (a arteterapia é uma intervenção auxiliadora na expressão de sentimentos e emoções).

A utente referiu que devido a manter alguma dificuldade em perder peso, e manter o descontentamento em relação ao seu corpo - **Imagem corporal comprometida**, vai iniciar consultas/acompanhamento com nutricionista do HESE.

11ª Entrevista: No início da entrevista realizámos a análise do trabalho de casa (esquema 6). A utente referiu que os trabalhos de casa que tenho pedido para efetuar ajudam-na a refletir, e pensar melhor nas suas atitudes e comportamentos, contribuindo para um melhor entendimento e perceção de algumas situações, levando-a a alterar comportamentos e atitudes – **Coping melhorado**.

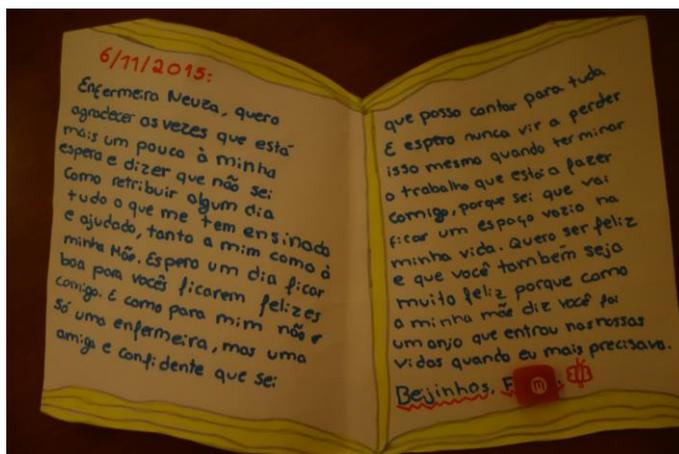
Esquema 6: Como se sentia antes e como se sente agora – jovem FM



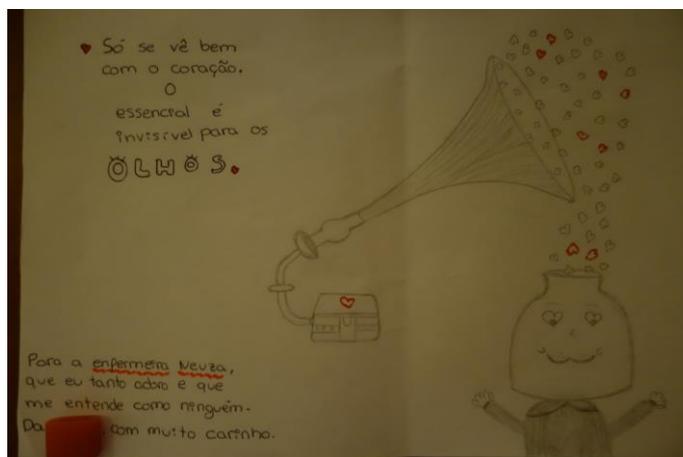
Após a realização do esquema acima, questioneei a utente acerca das suas capacidades, para a ajudar a perceber melhor as mesmas, contribuindo desta forma, para um aumento da auto estima e confiança. A utente referiu: “*esforço-me para melhorar; tento mudar; esforço-me para ter boas notas, e tenho; tenho a capacidade de confiar nos outros; larguei o computador e consegui fazer amigos; penso nos outros, e mais em mim quando estou ansiosa e penso em magoar-me; sou assertiva em algumas situações e consigo abstrair-me e lidar melhor com os momentos de ansiedade*” – **Auto estima melhorada**. Elogiei a utente por ter verbalizado as suas capacidades, fiz reforço positivo e incentivei ao auto reforço positivo.

No término da entrevista solicitei à utente (como trabalho de casa) que escreva uma situação em que adotou um comportamento passivo com o pai (para darmos continuidade ao treino assertivo, com base nessa situação). Após esta solicitação, a utente deu-me um desenho e uma carta, tendo referido: “tive vontade de desenhar para si, para lhe mostrar o que me tem ajudado, e o que sinto em relação ao acompanhamento”.

Desenho 1: Carta para a enfermeira



Desenho 2: Desenho para a enfermeira



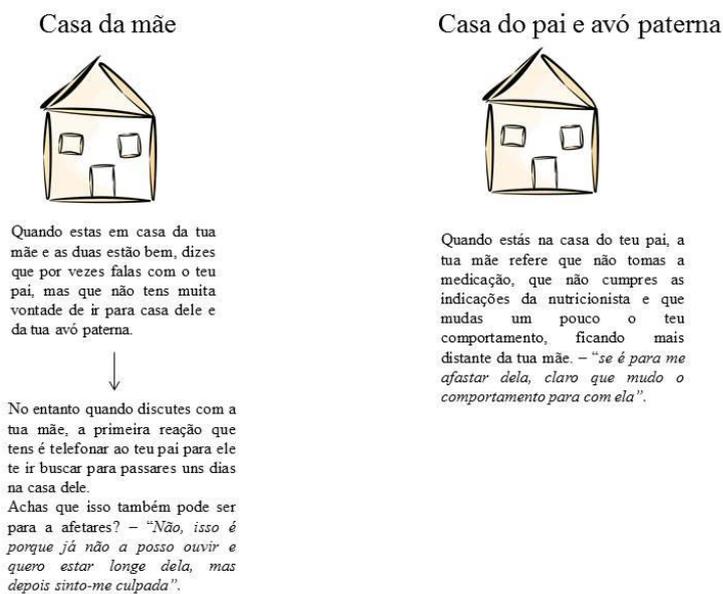
12ª Entrevista: O início da entrevista foi efetuado com a utente e com a sua mãe, a pedido de ambas. Porém, houve uma discussão entre mãe-filha, sendo difícil intervir no conflito e mediar o mesmo. Pelo que, de forma assertiva, pedi à mãe da utente que se retirasse, tendo esta aceite e pediu desculpa.

O prosseguimento da entrevista foi realizado apenas com a utente. Neste momento a FM apresentava humor tendencialmente deprimido, fâcies entristecido e labilidade emocional,

caracterizada por choro fácil. Apresentava ainda, postura cabisbaixa e dificuldade em expressar sentimentos e emoções. Após ter incentivado a utente a explicar a situação, a jovem referiu que a discussão com a mãe teve início no domicílio, e agravou-se pelo facto de a utente ter dito à mãe que ia passar o fim-de-semana na casa do pai. A jovem referiu também, que tentou ser assertiva com a mãe, porém não conseguiu, porque a sua mãe começou a gritar. Após a jovem ter relatado a situação expliquei-lhe que é nos momentos e situações difíceis que percebe as capacidades que possui, e coloca em prática estratégias de enfrentamento eficazes, que tem vindo a desenvolver. Incentivei a utente a conversar com a mãe, de forma assertiva, contribuindo para a resolução do conflito.

Para melhor compreendermos (eu e a utente) a situação, e para melhor perceção das atitudes e diferentes comportamentos da utente, quando se encontra na casa da mãe e quando se encontra na casa do pai, realizámos um esquema, acerca do seu comportamento na casa da sua mãe e na casa do seu pai.

Esquema 7: Comportamento na casa da mãe e na casa do pai – jovem FM



Após a realização do esquema acima a utente referiu: “compreendo que não é o mais correto, e que depois me posso sentir mal por ter feito isso, mas na altura não a posso ouvir mais, ela só sabe gritar”. “Na casa do meu pai não há metade das coisas e eu não me chateio tanto”. “Estou farta desta situação”. Incentivei a utente a ser mais assertiva nas relações, e a frequentar a casa do pai de forma mais benéfica e responsável, levando a medicação e mantendo a alimentação que faz na casa da mãe. Expliquei também à utente, a importância de resolver os

conflitos com a mãe, antes de se deslocar para a casa do pai; contribuindo para o aumento do bem-estar familiar.

No término da entrevista a jovem apresentou postura mais calma e tranquila, fâcies sorridente por períodos, tendo expressado sentimentos e emoções, e referiu: *“obrigado por tudo o que tem feito por mim”*.

13ª Entrevista: No decorrer da entrevista abordámos acerca do conflito ocorrido entre a utente e a sua mãe, na semana passada (descrito na entrevista anterior). A utente referiu que resolveu o conflito de forma assertiva: *“pedi ao meu pai para me levar a casa da minha mãe para poder falar com ela pessoalmente, porque ao telefone não era a mesma coisa. Resolvemos tudo, ficamos bem. Eu levei os comprimidos, e passei o fim-de-semana na casa do meu pai”* – **Comportamento assertivo melhorado**. Elogiei-a por ter adotado comportamento assertivo, e procura de uma atitude mais responsável pelo seu processo de cuidados e busca de saúde. A jovem referiu também: *“o meu pai foi falar com a minha mãe. Não sei o que falaram, mas já é alguma coisa. Parece que está melhor, ao menos conseguiram conversar”*. *“Este fim-de-semana vou novamente a casa do meu pai, mas a minha mãe já não fica chateada, porque estamos bem, e desde que eu seja mais responsável pela minha saúde e pelos comprimidos”*.

De forma a darmos continuidade ao **treino assertivo (8ª sessão)** analisámos o trabalho de casa, que pedi na 10ª entrevista – exposição de uma situação, onde a utente adotou comportamento passivo na relação com o pai, e como se sentiu em relação a essa situação. Tendo a utente referido: *“é difícil mudar o comportamento, mas quando o faço fico a sentir-me bem”*. No decorrer desta sessão adotámos os procedimentos de modelação e ensaio comportamental.

Terapia de grupo

1ª Sessão: Depois de realizarmos um conjunto de entrevistas, e de efetuarmos várias sessões de treino assertivo, permitindo o desenvolver da relação terapêutica com a utente; iniciamos terapia de grupo, onde demos continuidade ao treino da assertividade. Este treino assertivo em grupo teve como objetivo o aumento das habilidades sociais, contribuindo desta forma para a redução da ansiedade no estabelecimento de novas relações, e aumento da segurança e auto estima. No decorrer da terapia de grupo usámos também, como intervenção, a arteterapia; tendo como objetivo o aumento da expressão de sentimentos e emoções no seio do grupo.

No início da sessão de terapia de grupo a utente apresentava ligeira ansiedade, e postura “um pouco” retraída. Porém, no decorrer da mesma, apresentou postura mais tranquila e esboçou sorrisos, mostrando-se mais à vontade.

Nesta sessão, de forma a trabalharmos a **assertividade** realizámos um exercício: depois de dizerem olá, o que dizem? No decorrer da realização deste exercício usámos os procedimentos de ensaio comportamental e role play. A realização deste exercício ajudou a utente a conversar, e a colocar questões no seio do grupo.

Após a realização do exercício onde trabalhámos a assertividade, efetuámos um jogo acerca da imagem corporal e da distorção relativamente à mesma, tendo como objetivo o aumento da satisfação com a sua imagem. Considerei benéfico realizar este jogo com as utentes que participaram na terapia de grupo, porque estas jovens, no decorrer das avaliações por mim efectuadas, apresentavam imagem corporal comprometida. O jogo consistiu: pedi às utentes para se colocarem frente a frente, e referirem os aspetos físicos que lhes agradam e/ou que lhes desagradam uma na outra. Este jogo teve como objetivo a compreensão, por parte das utentes, da distorção em relação à sua imagem (levando também a um aumento das habilidades sociais, permitindo afirmarem-se, e iniciarem e conduzirem conversas). O jogo revelou-se benéfico, pois as utentes conseguiram verbalizar os seus sentimentos em relação ao seu corpo, e perceber as distorções que têm vindo a efetuar em relação ao mesmo. Ao longo da realização do jogo, ambas as utentes se elogiaram e aceitaram esses elogios, apontaram características positivas uma na outra, e partilharam momentos; contribuindo desta forma para uma melhoria da auto estima, imagem corporal, e adoção de comportamento assertivo.

Nesta sessão de terapia de grupo trabalhámos também a **arteterapia**. Para a realização da mesma a utente trouxe uma foto e um texto, que analisámos em conjunto (objetos de arte); levando a um aumento do dinamismo no seio do grupo e maior abertura e à vontade.

No término da sessão a utente referiu: *“gostei, é mais fácil treinar a assertividade assim, num grupo pequeno. Senti-me bem e pude falar e desabafar”*.

2ª Sessão: Inicialmente pedi à utente para nos contar acerca da sua semana. A partir do relato da jovem trabalhámos a **assertividade**, em relação a uma situação que esta verbalizou, ocorrida entre a jovem e a sua mãe. Ao longo do treino da assertividade adotámos os procedimentos de ensaio comportamental e modelação, tendo a utente expressado sentimentos em relação à situação relatada e trabalhada.

Após efetuarmos o treino da assertividade, fizemos um exercício, para auxiliar a utente a uma melhor compreensão das suas capacidades e das suas habilidades sociais, contribuindo para o aumento da segurança e auto estima. As jovens que participaram na sessão explicaram uma à outra porque estão a ser acompanhadas no DPSM, e acima de tudo que comportamentos têm alterado, tendo a utente referido: *“tenho mudado as minhas atitudes e percebi que posso, e devo lidar com algumas situações de outra maneira”* – **Coping melhorado.**

Com vista a trabalharmos a **arteterapia**, a utente trouxe um desenho e explicou abertamente o seu significado: “*é uma paisagem com montanhas e aviões a passar, porque gosto de viajar e gostava de conhecer vários sítios. Há uma estrada com uma placa que diz vida, porque penso que agora estou a caminhar por essa estrada, de encontro à minha vida e como quero vivê-la*” – **Tristeza melhorada**. Após a jovem ter explicado o significado do seu objeto de arte, disse ainda, que iniciou aulas de natação (conforme sugeri ao pai da utente, na entrevista realizada com o mesmo) e que frequenta as aulas na companhia da madrastra: “*estou contente por o meu pai ter insistido para eu ir, fico a sentir-me melhor comigo e quando chego a casa, não me sinto irritada*”. “*Não tenho vergonha de estar em fato de banho e aceito-me melhor*” – **Imagem corporal melhorada**.

3ª Sessão: Nesta sessão trabalhámos a **arteterapia**, onde cada participante efetuou um desenho, no decorrer da sessão. Tendo como objetivo explicar o significado do mesmo, levando à expressão de sentimentos através do desenho efetuado. Ao longo da sessão a utente mostrou maior abertura e à vontade na expressão de sentimentos, postura descontraída e fâcias sorridente, denotando um aumento das habilidades sociais e confiança – **Insegurança melhorada**, no seio do grupo.

4ª Sessão: Ao longo da sessão a utente apresentou postura tranquila e mais à vontade no seio do grupo, notando-se um aumento da confiança, maior abertura na expressão de sentimentos e emoções, e comportamento assertivo – **Comportamento assertivo melhorado**, iniciando, conduzindo conversas, e afirmando-se.

No decorrer da sessão trabalhámos a **assertividade** onde adotámos os procedimentos de role play e reforço positivo.

Nesta sessão de terapia de grupo trabalhámos também a **arteterapia**, tendo por base uma carta, que a jovem escreveu para a outra utente que participou na sessão (que pedi como trabalho de casa). Através do objeto de arte (carta) a jovem expressou sentimentos em relação à outra utente, e colocou-lhe questões com o objetivo de a “conhecer melhor” – **Comportamento assertivo melhorado**. A utente explicou também, como se sentia em relação ao início da terapia de grupo, e como se sente agora: “*antes estava receosa, mas agora sinto-me bem e à vontade*”.

5ª Sessão: No decorrer desta sessão a utente manteve o “à vontade” (que mostrou na sessão anterior) - **Ansiedade melhorada**, postura tranquila, fâcias sorridente, e humor eufónico – **Tristeza melhorada**, verbalizando agrado e satisfação por participar na terapia de grupo.

No decorrer desta sessão trabalhámos a **assertividade** com base num episódio que a utente expôs, ocorrido com a Diretora de turma. A utente referiu que no decorrer desta situação

adotou comportamento assertivo – **Comportamento assertivo melhorado** e **Coping melhorado**.

Após termos trabalhado a assertividade, trabalhamos a **arteterapia**. A utente trouxe 3 fotografias (que lhe tinha pedido), e com o apoio nas mesmas expressou sentimentos e emoções. Na continuação deste trabalho abordámos acerca do desenvolvimento adolescente, nomeadamente das alterações no corpo, relação com os pais, e relação com o grupo de pares. A utente apontou comportamentos saudáveis, e comportamentos prejudiciais.

No término da sessão apliquei o BDI-II, apresentado estado de depressão moderada a grave – *score* 19. Apliquei também os indicadores de resultados para validação das avaliações efetuadas e dos resultados obtidos.

Indicadores de resultados (Anexo VI) – **respostas da jovem:**

- 1 – Auto estima: “*aumentou*” – **Auto estima melhorada**;
- 2 - Enfrenta os problemas de forma: “*mais eficaz*” – **Coping melhorado**;
- 3 - Adota comportamento: “*mais assertivo*” – **Comportamento assertivo melhorado**;
- 4 – Isolamento: “*menos*” – **Isolamento social melhorado**;
- 5 - Em relação ao bem-estar: “*melhor*” – **Tristeza melhorada**;
- 6 – Imagem corporal: “*melhor*” – **Imagem corporal melhorada**;
- 7 - Tem uma alimentação: “*mais saudável*” – **Comportamento alimentar melhorado**;
- 8 - Diz que a satisfação com a vida: “*depende das situações*”;
- 9 - A ansiedade: “*diminuiu*” – **Ansiedade melhorada e Automutilações melhorada**;
- 10 - Sente-se: “*mais segura*” – **Insegurança melhorada**;
- 11 - Relativamente à avaliação das intervenções: “*ajudaram-me em determinadas situações, e em outras, penso que não tanto, pois também dependem de mim e nem sempre estou disposta a isso*”.

Suporte à família e promoção do envolvimento da família

Entrevista com a avó paterna: Realizei entrevista com a avó paterna, a seu pedido. Contribuindo para o aumento do envolvimento por parte da família, no processo de cuidados à utente. Esclareci as dúvidas que a avó da utente apontou. No decorrer da entrevista a avó da utente mencionou alguns conflitos existentes entre os pais da utente.

Entrevista com a mãe da utente: Ao longo da entrevista a mãe da utente apresentou fúrias entristecido e labilidade emocional. Referiu que a FM foi passar uns dias a casa do pai e da avó paterna. Dizendo também que o pai e a avó da utente influenciam a jovem, e que nesses momentos a utente altera o comportamento em relação à mãe, tornando-se um pouco mais

indiferente aos seus telefonemas, ignorando algumas indicações, e ficando mais agressiva com a mesma.

Ao longo da entrevista, a mãe da utente disse também que o pai e avó paterna da jovem, não dão a medicação à jovem, quando esta frequenta a casa dos mesmos: *“porque dizem que a menina não precisa”*. Expliquei à mãe da utente que o relacionamento conflituoso entre os pais torna-se prejudicial para a FM. Após esta explicação, a mãe da utente referiu que tem tentado ter um relacionamento mais cordial com o ex. marido, mas que não é fácil pois ele não aceita que a FM precisa de ajuda dos técnicos do DPSM. E também porque tiveram um passado complicado e uma relação conflituosa.

No término da entrevista, como forma de ajudar na resolução dos conflitos, realizei ensino acerca da assertividade e incentivei a mãe da utente a conversar com a filha, de forma assertiva.

Conversa telefónica com a mãe da utente: Após a entrevista anterior a mãe da utente telefonou-me, tendo referido que seguiu as estratégias por mim sugeridas (falar assertivamente, e calmamente com a filha, de forma a resolverem o conflito) e resolveram o conflito. A utente passou o fim-de-semana na casa do pai, mas antes foi buscar a medicação a casa da mãe: *“ela seguiu o que a enfermeira lhe disse, e deve ter pensado no que lhe falou acerca da medicação”* (referindo-se ao ensino acerca da importância da toma da medicação, que realizei na entrevista anterior).

Entrevista com o pai da utente: Conforme agendada, após ter contactado telefonicamente o pai da utente, e de ter conversado com a utente acerca da importância de realizarmos esta entrevista; realizei entrevista com o pai da jovem, onde foram esclarecidas dúvidas.

No decorrer da entrevista realizei ensino acerca da depressão e da importância da toma da medicação, por parte da utente. Fiz também ensino acerca da importância da utente adotar hábitos de vida saudáveis, tais como: alimentação saudável e exercício físico. Esta entrevista foi essencial, de forma a contribuir para um maior envolvimento por parte do pai, no processo de cuidados à utente.

O pai da utente explicou a diferença comportamental que a filha apresenta, quando frequenta a sua casa e quando se encontra na casa da mãe, dizendo que na sua casa não há conflitos, que a FM é tranquila, e ajuda nas tarefas domésticas. Na casa da mãe está mais conflituosa, porque a mãe adota postura agressiva e um pouco manipuladora. Expliquei a importância da resolução dos conflitos, e o treino assertivo que tenho realizado com a utente.

No término da entrevista sugeri ao pai da jovem, para marcarem uma reunião familiar, e conversarem de forma assertiva. Levando a uma resolução mais eficaz dos conflitos,

contribuindo para um aumento do bem-estar da filha. O pai da utente referiu também que acha a filha: “*mais aberta, tem alguns amigos e fala mais*”.

Articulação com membros da equipa do DPSM

Discussão do caso clínico com educadoras e psicólogo que acompanham a utente na terapia de grupo: Discutimos o caso clínico e a importância da utente frequentar a terapia de grupo, onde as educadoras referiam que a utente no início da primeira sessão apresentava postura retraída, mas no decorrer da mesma ficou mais aberta e sorridente. Eu expliquei que a utente me referiu, que estava um pouco ansiosa e apreensiva, mas que ficou agradada com a sessão e quer continuar a frequentar a mesma.

Participação na terapia de grupo organizada pela equipa de pedopsiquiatria: Aceitei o convite e participei na terapia de grupo, da qual a utente faz parte. Esta sessão foi organizada pelo psicólogo e pelas duas educadoras que fazem parte da equipa de pedopsiquiatra do DPSM.

No início da sessão a utente encontrava-se um pouco ansiosa. No entanto, no decorrer da mesma, sorriu e participou quando solicitada. No término da sessão a utente referiu que está agradada por fazer parte da terapia, mesmo que ainda se sinta ansiosa, e que quer continuar a frequentar e participar na mesma. Elogiei-a pelo seu discurso e comportamento, e reforcei a importância de frequentar a terapia, sendo uma oportunidade de aprender e colocar em prática as habilidades sociais. A utente referiu: “*eu hoje até me senti menos ansiosa, e mais confiante, porque você estava cá*”.

Tabelas de avaliação da evolução clínica da jovem FM

Tabela 1: Tabela de avaliação - jovem FM

Avaliações	1ª Avaliação diagnóstica	2ª Avaliação	3ª Avaliação	4ª Avaliação	5ª Avaliação
Indicadores					
Estratégias e capacidades do adolescente	Não apresenta. Diz não saber como lidar com esta situação.	Continua a não apresentar estratégias.	Continua a não apresentar estratégias.	Foram delineadas estratégias para lidar com a ansiedade. Apresenta comportamento alimentar melhorado.	Tem adotado estratégias por mim sugeridas.
Comunicação	Postura retraída, apresentando dificuldade em expressar sentimentos e emoções.	Postura retraída, dificuldade em expressar sentimentos e emoções.	Postura mais aberta, expressou sentimentos e emoções.	Bom contacto interpessoal. Expressou sentimentos e emoções.	Postura tranquila. Expressou sentimentos e emoções mais abertamente.
Humor	Deprimido	Deprimido	Tendencialmente deprimido	Tendencialmente eufímico	Eufímico
Vontade de Viver	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido
Imagem corporal	Comprometida. Diz que não gosta do seu corpo e compara-se com outras raparigas.	Comprometida. Não gosta do seu corpo.	Comprometida	Comprometida	Comprometida
Auto estima	Baixa auto estima	Baixa auto estima	Baixa auto estima	Ligeiro aumento da auto estima	Ligeiro aumento da auto estima
Coping	Comprometido. Não adotando estratégias eficazes de enfrentamento.	Comprometido	Comprometido	Melhorado	Eficaz em algumas situações.
Ansiedade	Atual. Diz que se sente ansiosa e depois automutila-se.	Atual	Atual	Atual	Melhorada
Tristeza	Tristeza atual	Fácies entristecido	Fácies triste	Fácies sorridente por períodos	Fácies sorridente por períodos
Interação social	Comprometido. Diz que se isola e passa muitas horas no computador. <i>“Tenho mais amigos virtuais”</i> .	Comprometido	Comprometido	Comprometido	Comprometido

Tabela 2: Tabela de avaliação – jovem FM

Avaliações	6ª Avaliação	7ª Avaliação	8ª Avaliação	9ª Avaliação	10ª Avaliação
Indicadores					
Estratégias e capacidades do adolescente	Continua a adotar estratégias	Tem adotado estratégias delineadas e trabalhadas comigo.	Mantém as estratégias, mostrando-se eficazes. Automutilações melhorado.	Mantém a adoção de estratégias.	Mantém estratégias para lidar com ansiedade.
Comunicação	Postura tranquila no início da entrevista. Ansiedade e labilidade emocional aquando do treino assertivo.	Postura tranquila. Discurso adequado. Comportamento assertivo melhorado.	Comportamento assertivo melhorado.	Sem alterações, porém apresentou postura retraída por períodos.	Discurso adequado. Expressou abertamente sentimentos e emoções. Comportamento assertivo melhorado.
Humor	Tendencialmente eufímico	Eufímico	Eufímico	Tendencialmente deprimido	Tendencialmente eufímico
Vontade de Viver	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido
Imagem corporal	Comprometido. Embora refira que esse não é o seu problema maior.	Diz que tem dias que se sente bem no seu corpo e que acha que é bonita.	Melhorada	Melhorada	Melhorada
Auto estima	Ligeiro aumento da auto estima	Melhoria da auto estima	Melhoria da auto estima	Ligeiro aumento da auto estima	Melhorada
Coping	Eficaz em algumas situações.	Adotou novas estratégias de enfrentamento que se têm revelado eficazes – Coping melhorado.	Adota estratégias eficazes de enfrentamento, para lidar com os impulsos e com momentos de ansiedade.	Dificuldade em lidar com algumas situações.	Melhorado
Ansiedade	Presente aquando da mudança comportamental.	Melhorada	Melhorada	Ansiedade atual	Ansiedade atual, referindo por períodos.
Tristeza	Atual	Fácies sorridente	Fácies sorridente. Melhorada	Fácies entristecido no início da entrevista – Tristeza atual. Porém esboçou sorrisos no decorrer da mesma.	Fácies sorridente
Interação social	Comprometido	Comprometido	Melhorado Utiliza menos vezes o computador e tem amigos na escola, referindo que já não se isola nos intervalos.	Melhorada	Melhorada

Tabela 3: Tabela de avaliação – jovem FM

Avaliações	11ª Avaliação	12ª Avaliação	13ª Avaliação	14ª Avaliação	15ª Avaliação
Indicadores					
Estratégias e capacidades do adolescente	Continua a adotar estratégias.	Continua a adotar estratégias.	Continua a adotar estratégias.	Continua a adotar estratégias.	Adota estratégias eficazes para lidar com momentos de ansiedade.
Comunicação	Discurso adequado. Expressou abertamente sentimentos e emoções.	No início da entrevista apresentou postura cabisbaixa e dificuldade em expressar sentimentos e emoções, no entanto ao longo da mesma apresentou postura mais tranquila e falou abertamente.	Discurso adequado. Comportamento assertivo melhorado.	Alguma retração no início, no entanto mais tranquila no decorrer da sessão. Discurso adequado. Acerca da arteterapia referiu: <i>“sou eu e a minha avó, no último aniversário dela, trouxe esta fotografia porque gosto muito dela e esse foi um dia feliz que eu queria aqui partilhar”</i> . <i>“Em relação ao texto escrevi o que sentia”</i> .	Apresentou postura mais tranquila e expressou sentimentos. Comunicação assertiva. Explicou os seus sentimentos e pensamentos acerca do desenho que trouxe e mostrou-se mais confiante e segura.
Humor	Eutímico	Tendencialmente deprimido	Eutímico	Eutímico	Eutímico
Vontade de Viver	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido
Imagem corporal	Melhorada	Melhorada	Melhorada	Melhorada	Iniciou aulas de natação (conforme sugeri ao pai da utente), que frequenta com a madrastra. <i>“Estou contente por o meu pai ter insistido para eu ir, fico a sentir-me melhor comigo e quando chego a casa, não me sinto irritada”</i> .
Auto estima	Melhorada	Melhorada	Melhorada	Melhorada	Na sessão de hoje tinha os olhos maquilhados, elogiei-a, tendo aceite o elogio e agradeceu.
Coping	Melhorado	Comprometido	Melhorado	Melhorado	Apresenta maior conforto e segurança, enfrentando os problemas de forma mais eficaz.
Ansiedade	Não refere	Referindo ansiedade por períodos.	Refere ansiedade por períodos, embora menos frequentes e menos intensos.	No início da sessão apresentou ligeira ansiedade.	Ligeira ansiedade, relacionada com a exposição, no entanto foi diminuindo no decorrer da sessão.
Tristeza	Ausente. Fácies sorridente	Presente, no início da entrevista	Melhorada	Melhorada Fácies sorridente	Melhorada Fácies sorridente e fez humor.
Interação social	Melhorada	Melhorada	Melhorada	Melhorada	Melhorada. Trocou número de telefone

					com a jovem que também frequenta a terapia de grupo, combinando encontrarem-se depois das aulas.
--	--	--	--	--	--

Tabela 4: Tabela de avaliação – jovem FM

Avaliações	16ª Avaliação	17ª Avaliação	18ª Avaliação
Indicadores			
Estratégias e capacidades do adolescente	Adota estratégias eficazes para lidar com momentos de ansiedade – <i>“desabafo com a minha madrasta, desenho, ouço música e isso ajuda”</i> .	Adota estratégias eficazes de enfrentamento e para lidar com momentos de ansiedade.	Adota estratégias eficazes de enfrentamento e para lidar com momentos de ansiedade.
Comunicação	Discurso adequado e assertivo, inicia e conduz conversas e faz solicitações. Expressou sentimentos abertamente. Explicou o que sentia em relação ao desenho realizado durante a sessão, mostrando-se confiante, mais segura e demonstrando aumento das habilidades sociais.	Discurso e comportamento assertivo, tendo iniciado e conduzido conversas. Expressou sentimentos e afirmou-se.	Discurso e comportamento assertivo, tendo iniciado e conduzido conversas. Expressou sentimentos e afirmou-se.
Humor	Eutímico	Eutímico	Eutímico
Vontade de Viver	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido
Imagem corporal	Diz que continua a frequentar aulas de natação com a madrasta e que está a gostar, <i>“sinto-me melhor comigo”</i> .	Continua a frequentar natação e diz sentir-se bem.	Aspeto cuidado, sentindo-se melhor consigo e com o seu corpo.
Auto estima	Melhorada	Melhorada	Melhorada Agradece e aceita elogios.
Coping	Diz que ainda não resolveu o conflito com a sua mãe, mas que tentou resolvê-lo, <i>“como ela não estava disponível e começou a gritar, espero por uma melhor oportunidade, quando ela estiver disponível”</i> . <i>“Falei com o meu pai e com a minha madrasta. A minha madrasta falou com a minha mãe, coisa que nunca tinha acontecido, e correu bem”</i> .	Resolveu o conflito com a mãe, diz que adota estratégias mais eficazes de enfrentamento – Coping melhorado.	Melhorado. Aponta estratégias de enfrentamento mais eficazes.
Ansiedade	Não refere	Não refere	Não refere
Tristeza	Melhorada. Apresenta fâcias sorridente	Melhorada. Apresenta fâcias sorridente	Melhorada
Interação social	Melhorada. Falou com a AR que frequenta a terapia de grupo e combinaram ir almoçar com os amigos da mesma.	Melhorada Fala do grupo de amigos, diz que se sente à vontade com os mesmos e que estes a ajudam.	Melhorada. Fala acerca do grupo de amigos, e diz sentir-se bem com eles.

Situação clínica DG

Entrevistas

Entrevista de avaliação diagnóstica inicial: O jovem foi-me encaminhado pela equipa multidisciplinar do DPSM, responsável pela sua área de residência. O jovem iniciou consulta de psicologia a nível escolar aos 10/11 anos, por fraca capacidade de socialização. Por sintomatologia ansiosa persistente, recorreu a duas consultas com a pedopsiquiatra do DPSM, aos 13/14 anos. Por agravamento de sintomatologia ansiosa recorreu ao serviço de urgência do HESE, em Abril de 2014, mantendo posteriormente seguimento no DPSM. Esteve internado no DPSM de dia 22/6/15 a dia 7/7/15/6, com diagnóstico de perturbação ansiedade generalizada; incapacidade intelectual ligeira; perturbação depressiva major, episódio único em remissão; e traços personalidade cluster C (dependente/evitante).

Tal como nos diz o DSM-IV, os utentes com transtorno da personalidade do agrupamento C, parecem ansiosos ou medrosos. A característica essencial do transtorno da personalidade evitante é um padrão invasivo de inibição social, sentimentos de inadequação, e hipersensibilidade à avaliação negativa. Estes utentes evitam atividades profissionais ou escolares que envolvam contato interpessoal significativo, por medo de críticas, desaprovação ou rejeição (como é o caso do jovem).

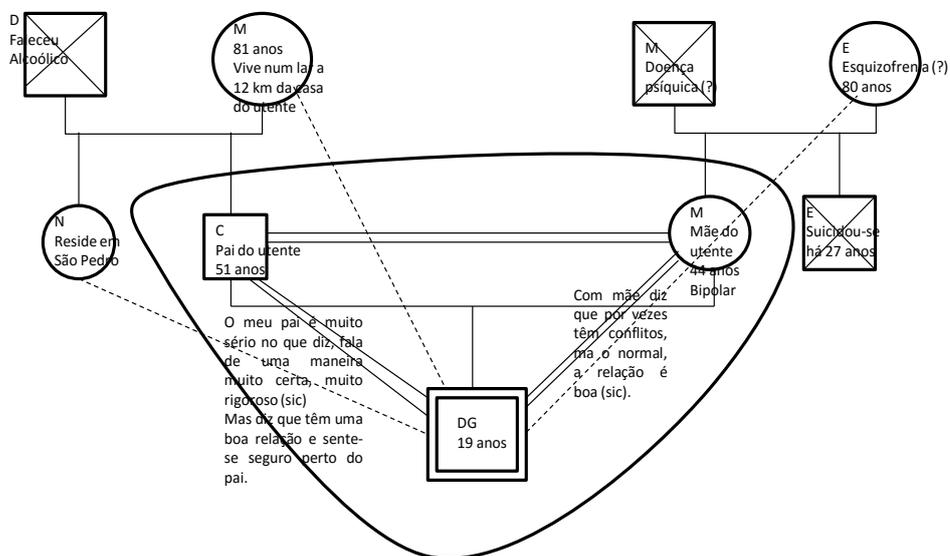
Os utentes com este transtorno não participam em atividades de grupo, a menos que ocorram repetidas e generosas ofertas de apoio e afeto. Eles podem agir de modo reservado, ter dificuldade para falar sobre si mesmos, e não expressar sentimentos íntimos (tal como se podia verificar no caso do jovem), por medo de serem expostos, ridicularizados ou envergonhados. Estes utentes demonstram inibição em novas situações interpessoais, devido aos seus sentimentos de inadequação e baixa auto-estima. Sendo este o comportamento apresentado pelo jovem.

Os adolescentes com este transtorno tendem a ser passivos, e permitem que os pais, ou outras pessoas, decidam, tomem iniciativas, e assumam a responsabilidade pela maioria das áreas importantes das suas vidas. Tal como se verificava no caso do jovem, em relação à sua família.

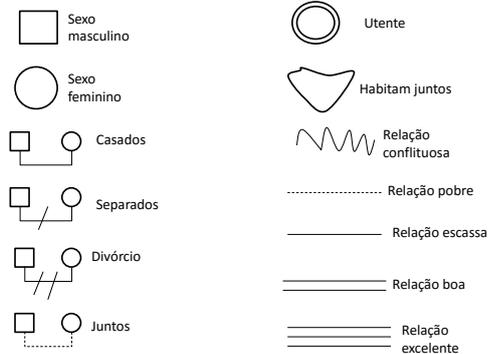
A entrevista foi realizada no DPSM, num gabinete calmo, acolhedor e livre de distrações, favorecendo a segurança e privacidade do utente. No decorrer da entrevista o utente apresentava postura retraída, fechada e introvertida, evitando o contacto visual – **Baixa auto estima atual**, e respondendo com frases curtas, não iniciando, nem conduzindo conversas – **Comportamento assertivo comprometido e Insegurança atual**.

O utente tem 19 anos, e é do sexo masculino. Reside no Outeiro, com os pais, e é filho único. O utente diz que se pudesse mudar algo na relação com os pais, gostava que o pai fosse menos stressado, e que a mãe fosse menos angustiada: “quando vamos os três ao supermercado o meu pai faz tudo à pressa, e isso mexe comigo, fico ansioso – **Ansiiedade atual**. Depois diz-me que temos de nos desembaraçar”. Após esta verbalização por parte do utente realizámos o genograma. Este foi desenhado com o objetivo de uma melhor perceção e compreensão das relações familiares, e do comportamento que o jovem adota com alguns membros da família. O utente referiu que as pessoas mais próximas, e com quem tem melhor relação são os pais.

Esquema 8: Genograma – jovem DG



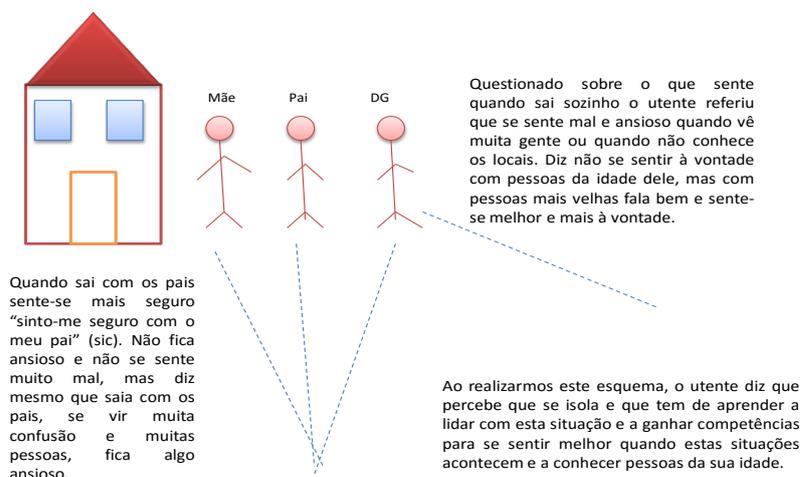
Legenda:



Após realizarmos a construção do genograma o utente referiu que tem amigos em Lisboa, que fazem parte de uma comunidade da igreja de São Francisco. Diz que foi a Lisboa visitá-los no ano de 2013, e que falam regularmente pelo telefone ou pela internet. Refere que com estes amigos sente-se bem, eles compreendem-no, e aceitam-no como é. Diz ainda que tinha amigos na aldeia, mas que estes não o compreendem. Teve uma namorada aos 12/13 anos, mas no momento não gosta de ninguém, mas gostava de conhecer alguém para namorar e partilhar bons momentos.

Perante esta informação decidi realizarmos um esquema/linguagem simbólica, para melhor perceção de como o utente se sente em relação aos jovens da sua idade. Com a realização do esquema o utente referiu: *“isolo-me, não me sinto à vontade com pessoas da minha idade, mas tenho de aprender a lidar com esta situação, e ganhar força para me sentir melhor quando estas situações acontecem. Quero sair e conhecer pessoas da minha idade, mas agora não consigo”* – **Coping comprometido e Isolamento social atual**. Após a realização do presente esquema o utente referiu que já pensou no suicídio no passado, mas não tentou porque pensa nos pais. Dizendo depois: *“a vida é o bem mais precioso que nós temos”*.

Esquema 9: Quando sai de casa – jovem DG



Depois de realizado o esquema acima, questionei o utente acerca da sua doença, para perceber o que sabe acerca da mesma. O utente explicou os sinais e sintomas da depressão, e a medicação prescrita pelo psiquiatra que o acompanha (paroxetina 20 mg - 2 comprimidos ao

jantar, e diazepam 5 mg⁹ - meio comprimido ao lanche), mostrando-se informado acerca da mesma.

No término da entrevista o utente referiu: “*não sei bem o que fazer, não tenho objetivos para o futuro*”, apresentando humor deprimido e fâcies entristecido – **Tristeza atual**. Como percebi dificuldade por parte do utente em expressar sentimentos e emoções, e falar das situações que lhe causam ansiedade, pedi para realizar um diário, onde pudesse escrever acerca dos seus sentimentos e situações que lhe causam ansiedade, para desta forma conseguir analisar e compreender mais facilmente.

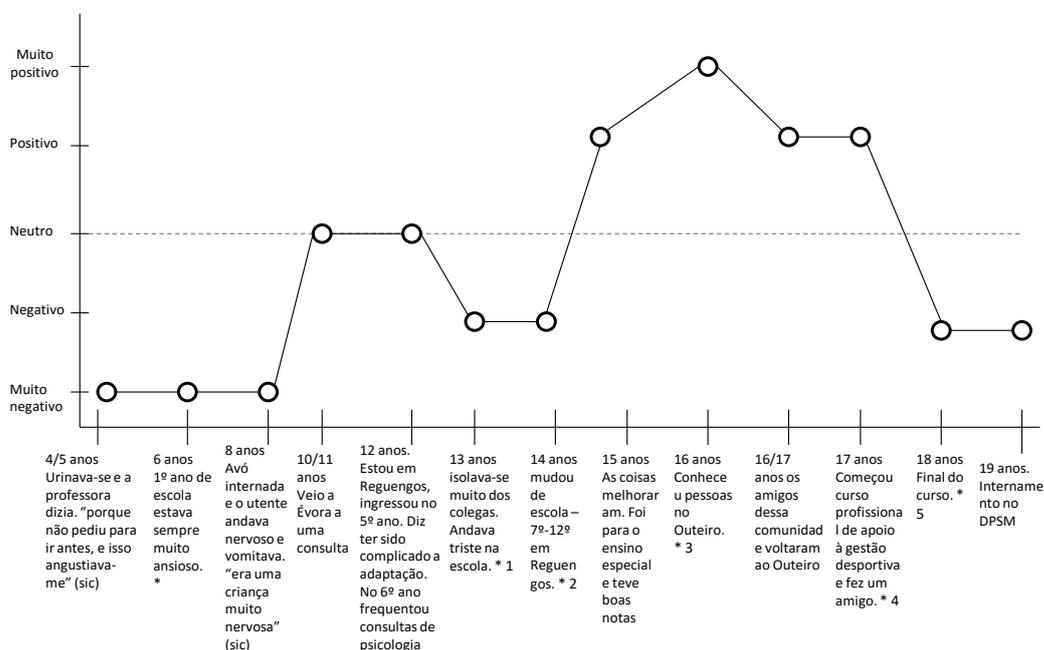
Ainda no término da entrevista, como forma de apoio à avaliação diagnóstica inicial, apliquei o BDI-II; apresentando estado de depressão moderada a grave – *score* 19.

2ª Entrevista: Em resultado da 1ª avaliação procurei identificar com mais detalhe os motivos dos seus comportamentos, com vista à melhoria das queixas iniciais apresentadas pelo utente.

Iniciámos este trabalho com o desenho da linha de vida, para ambos (eu e o jovem) entendermos alguns fatos ocorridos na sua vida. A decisão decorre da necessidade do utente expressar sentimentos e emoções, para que ele tenha uma melhor compreensão de momentos positivos e negativos que ocorreram na sua vida, e também para referenciar as estratégias que adotou para lidar com os momentos negativos. Com a construção da linha de vida o utente referiu que os momentos negativos da sua vida estiveram relacionados com a ida para a escola, o isolamento e a pressão exercida pela mãe para estudar e ter boas notas. Os aspetos positivos deveram-se ao fato de ter conhecido algumas pessoas, estabelecer com estas uma relação de amizade, e conseguir falar com elas e desabafar. No término o utente disse: “*falo mais aqui consigo dos meus problemas, do que até hoje com os meus pais*”.

⁹ Segundo o INT (2012), em psiquiatria o diazepam é usado no tratamento de estados de excitação associados à ansiedade aguda e pânico.

Esquema 10: Linha de vida – jovem DG



* - Nessa altura tinha um amigo, que os pais se divorciaram e esse rapaz foi viver para perto da casa do utente, dizendo: "esta parte é importante, porque jogávamos juntos jogos de terror e isso assustava-me" (sic). Mas depois disso passou.

* 1 – Porque estes brincavam comigo e eu levava as coisas muito a peito (sic).

* 2 – Diz que de início estava muito atrapalhado, mas depois conheceu uma rapariga e começaram a namorar, mas que depois percebeu que ela não era boa companhia porque acabava frequentemente o namoro e depois reatavam e mais tarde começou a namorar com outro rapaz "ela não gostava de mim" (sic).

* 3 – Conheceu jovens da comunidade Religiosa São Francisco Xavier. Tornaram-se amigos até hoje, diz que desabafa com eles, fala pelo telefone e na internet e que eles o ajudam muito. Diz que o melhor amigo é o F de 34 anos que pertence a essa comunidade, diz que com ele fala bem e sente-se mais aberto e mais à vontade (sic).

* 4 – No curso conheceu um rapaz de quem se tornou amigo, desabafa com ele e este compreende-o. Continuam em contacto.

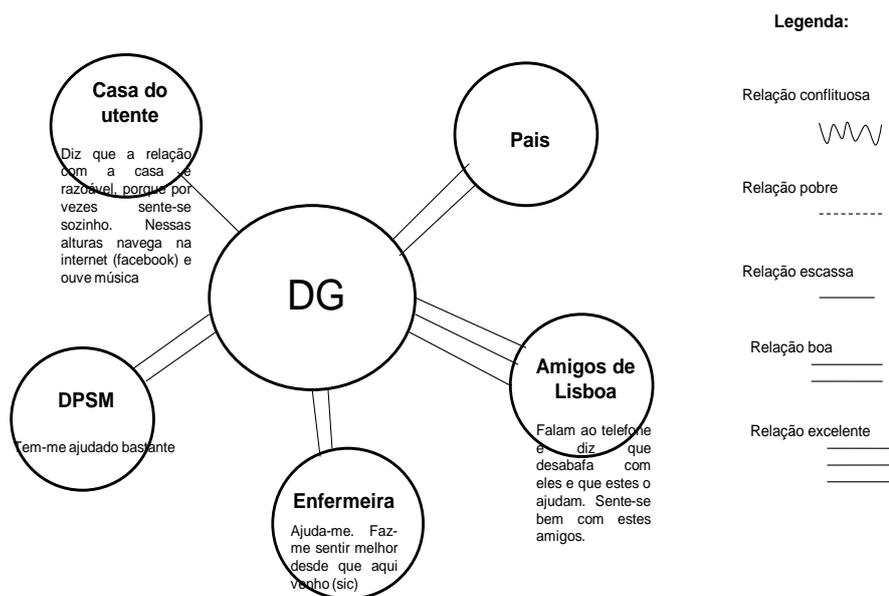
* 5 – No decorrer do curso fez um estágio de 320 horas no centro hípico, tudo corria bem no início do estágio, mas o senhor que estava responsável pelos alunos era arrogante, tinha sido militar e contava histórias dessa altura e dizia coisas desagradáveis e asneiras, nessa altura o utente começou a desgostar do estágio e a não conseguir dormir, urinava na cama e chegou a brigar com um colega de curso porque se irritou. Terminou o estágio mais cedo, mas passou com nota 20. "Fiquei assustado e mal impressionado com o mundo do trabalho" (sic).

* 6 – Internamento no DPSM. Diz que teve uma recaída, pois tem um primo que reside em França, "ele é muito bom para mim, dá-me muitas coisas" (sic), esse primo esteve no Outeiro de férias na casa do utente e este começou a ficar triste, diz estar habituado a sossego e ao ambiente monótono só com os pais, e a vinda do primo veio mudar um pouco o ambiente em casa, mais confusão, muitas saídas, foram às piscinas, à praia, etc. e isso mexeu com o utente. Diz que começou a ter insónias, dor de cabeça.

3ª Entrevista: Nesta entrevista realizámos o ecomapa, para ambos termos uma melhor compreensão das ligações do adolescente com as pessoas e estruturas sociais, do meio onde habita. Ou seja, para melhor percebermos a sua rede de apoios e a relação que o jovem tem com

a mesma. Com a realização do ecomapa o utente referiu que tem uma boa relação com as pessoas e os meios que o rodeiam. Mas, tem uma relação ambígua com a sua casa. Sente-se bem e à vontade na mesma, é o seu refúgio. No entanto, também é o local onde se isola, e se sente sozinho – **Isolamento social atual**.

Esquema 11: Ecomapa – jovem DG



Depois de desenhado o ecomapa e de percebermos as ligações que o adolescente possui, abordámos acerca da ansiedade e dos momentos que causam a mesma. O jovem explicou como se sentia antes, e como se sente agora, dizendo que há uma grande diferença. Diz que neste momento se sente: mais calmo; mais estável; mais aliviado; mais concentrado; não se sente tão triste – **Tristeza melhorada**; e está menos ansioso – **Ansiedade melhorada**. Referindo ainda: *“sinto-me mais acompanhado aqui, e isso tem sido bom para mim”*. *“As coisas melhoraram desde que vim para aqui falar consigo”*. *“Acho que estava muito agarrado ao passado”*. *“O meu pai agora também me compreende melhor, e está a ajudar-me”*. Relativamente a como se sentia antes, referiu que se sentia: ansioso; angustiado; depressivo; sonolento; triste; e por vezes sozinho. No final deste exercício pedi ao jovem para me descrever o que sente quando começa a ficar ansioso. O jovem disse que se preocupa muito com as coisas, principalmente quando algo novo vai acontecer: *“e eu não sei como resolver a situação, fico muito nervoso”* – **Coping Comprometido**. No decorrer desta explicação, como forma de o ajudar a alterar alguns pensamentos e comportamentos pedi ao utente para experimentar a pensar nas coisas positivas

(nos prós) dessa nova situação, em vez de pensar nas coisas negativas (nos contras) dessa mesma situação. Para exemplificar como o utente pode proceder, treinámos uma situação apontada pelo mesmo. Efetuámos a análise dos prós e contras, focalizando a nossa atenção e pensamento nos prós da situação.

Demos início ao **treino assertivo (1ª sessão)**, onde pedi ao utente para identificar os diferentes estilos de resposta, com apoio na leitura efetuada (acerca da assertividade), no decorrer desta sessão. O utente identificou-se com o estilo de resposta passivo – **Comportamento assertivo comprometido**, dizendo que isso não o ajuda em nada, pois perde oportunidades; fica mais triste e ansioso; e não conhece novas pessoas. Diz que gostava de ser mais assertivo, e acha que trabalharmos a assertividade vai trazer ganhos para a sua saúde. No término da sessão pedi (como trabalho de casa) para o utente escrever uma situação onde adotou comportamento passivo, para a partir dessa situação continuarmos o treino da assertividade.

4ª Entrevista: Nesta entrevista focalizámo-nos no treino da assertividade, como forma de reduzir a ansiedade, e aumentar a segurança e confiança do utente, com o objetivo de reduzir o isolamento social. Realizámos a **2ª sessão do treino assertivo**, com a apresentação dos diapositivos em formato PowerPoint (Anexo III). No decorrer desta sessão o utente expressou sentimentos, reconheceu o que pensa de si, e o que se pode refletir no seu comportamento. E disse que o fato de adotar postura passiva e respostas passivas faz com que se sinta mais inseguro, e menos confiante – **Insegurança atual**. O utente soube identificar momentos em que adotou comportamento assertivo e outros em que adotou comportamento passivo. Verbalizando as respostas que gostava de ter dado, mas não conseguiu. Nesse momento realizámos ensaio comportamental das respostas socialmente adequadas nas situações expostas pelo utente, onde o procedimento adotado foi o ensaio comportamental.

O utente diz que por vezes consegue ser assertivo, principalmente com pessoas mais velhas: *“com as pessoas da minha idade é que é pior, fico sem saber o que dizer e a pensar que posso dizer algo mal ou chatear os outros”* – **Comportamento assertivo comprometido e Insegurança atual**. Diz que se sente mais à vontade com os técnicos porque o compreendem e tem confiança nestes. Após esta explicação elaborámos (a pedido do utente) uma história de como abordar alguém da sua idade, do sexo feminino. Com a história elaborada trabalhámos a assertividade, onde adotámos como procedimento, a modelação. Como tarefa de casa pedi ao utente para pensar numa situação que gostava de ter adotado comportamento assertivo, e uma situação que possa ocorrer no futuro.

5ª Entrevista: A presente entrevista decorreu no domicílio do utente, na sua sala, num ambiente calmo, acolhedor e livre de distrações. Realizei **visita domiciliária** como forma de melhor perceber a dinâmica e o contexto familiar, ambiental, e social do utente. Antes de iniciar a entrevista com o utente conversei com o pai do mesmo, acerca do trabalho realizado, e esclareci algumas dúvidas, que o pai do utente apresentou. O pai do jovem mostrou-se agradado e referiu que o filho se encontra melhor.

Depois da conversa com o pai do utente dei início à entrevista com o utente. O utente apresentava humor ligeiramente deprimido, fâcias entristecido por períodos, tendo referido que hoje estava um pouco triste – **Tristeza atual**, mas não se sentia ansioso – **Ansiedade melhorada**, nem angustiado. Dizendo que se deve ao facto de a mãe andar mais nervosa ultimamente e tê-lo acordado em tom de voz alta, e à pressa, antes de ir para o trabalho. Ao longo da entrevista elogiei-o pelo trabalho que estamos a realizar, e pela mudança de alguns comportamentos.

Após o utente ter explicado como se sentia, demos continuidade ao **treino assertivo**, tendo sido realizada a **3ª sessão** do mesmo. Analisámos a situação que o utente relatou. Trabalhámos o ensaio comportamental das respostas adequadas, e que o utente imaginou para esta situação (o que gostava de ter dito à mãe). No decorrer desta sessão adotámos os procedimentos de ensaio comportamental e reforço positivo, pois o utente ao longo do ensaio comportamental adotou comportamento assertivo. Como treino individual/tarefa de casa pedi ao utente para conversar com a sua mãe, de forma assertiva, e depois responder a duas questões: - Como se sentiu no momento em que falou com a mãe, adotando comportamento assertivo? – Como se sentiu depois dessa conversa?

6ª Entrevista: Após ter agendado com a família, realizei **visita domiciliária**, com o objetivo de realizar entrevista com o utente e com a sua mãe. Para melhor compreensão da relação entre mãe-filho, e de forma a contribuir para um maior envolvimento familiar, no processo de cuidados ao utente.

A entrevista realizou-se na sala da casa do jovem, num ambiente tranquilo, calmo, confortável e acolhedor. O início da entrevista foi realizado com mãe e filho, onde dei espaço à mãe do utente para colocar questões e esclareci dúvidas. Realizei ensino à mãe do jovem acerca da assertividade, da importância da mudança de alguns comportamentos, da depressão, e da ansiedade. A mãe do jovem referiu que por vezes não sabe como ajudar o filho, pois, também é uma pessoa muito ansiosa e angustada. A mãe disse ainda que o filho está melhor, mais tranquilo, e “mais aberto”.

No decorrer da entrevista o jovem adotou comportamento assertivo com a sua mãe, e falou mais abertamente acerca dos seus sentimentos – **Comportamento assertivo melhorado**.

Efetuámos um exercício acerca dos seus pontos positivos e capacidades, como forma de aumentar a sua auto estima e segurança, reduzindo assim o isolamento social. Com a realização do exercício o utente referiu: “*gosto do meu físico, da parte intelectual e cognitiva. Estou mais aberto quando conheço pessoas, e sou simpático*” – **Auto estima melhorada**. Quando perguntei se gostava de mudar algo em si, o utente referiu que está a tentar alterar alguns comportamentos que não eram benéficos para si. Diz que está a conseguir alterá-los aos poucos, por isso, neste momento não gostava de mudar nada, e sente-se bem consigo – **Coping melhorado; auto estima melhorada e Insegurança melhorada**. No entanto, depois referiu: “*gostava de ser um pouco mais desenrascado com as raparigas, não sei nada delas, nem do resto*”. Após este “desabafo” percebi alguma dificuldade por parte do utente em abordar o tema – sexualidade, pelo que fiz ensino acerca do mesmo. E sugeri ao utente colocar-me questões por escrito acerca deste tema, como forma de reduzir a vergonha, e o desconforto em abordar esta temática, deixando o utente mais à vontade para expor as suas dúvidas.

Na entrevista passada tinha pedido ao utente para este conversar com a sua mãe, acerca da situação que trabalhámos na sessão de treino assertivo, e responder a duas questões. O utente realizou a tarefa pedida, tendo respondido: O que sentiste no momento? – “*Um pouco ansioso*”. O que sentiste depois? – “*Senti-me mais calmo e aliviado, consegui tirar um peso de cima e que isso saísse de dentro de mim*”. Efetuámos a **4ª sessão do treino assertivo**, onde pedi ao utente que enumerasse situações que decorreram nas últimas duas semanas, onde adotou comportamento assertivo – tendo enumerado 4. E onde adotou comportamento passivo e/ou agressivo – tendo enumerado 1 – **Comportamento assertivo melhorado**. Contou a situação em que adotou comportamento um “pouco” agressivo (irritou-se com a mãe). A partir desta situação trabalhámos o ensaio comportamental das respostas adequadas para a situação exposta, tendo sido adotado o procedimento de modelação.

7ª Entrevista: A entrevista foi realizada no Centro de Saúde de Reguengos, onde o utente teve consulta de psiquiatria, com o psiquiatra do DPSM que o acompanha. No decorrer desta entrevista o utente apresentou-se mais seguro e confiante – **Insegurança melhorada**, dizendo: “*sinto-me melhor, mais capaz e as intervenções têm sido benéficas*”. Falou dos seus objetivos para o futuro, sendo um deles: arranjar trabalho ou uma formação em Reguengos. Pelo que, ficou combinado com o utente, daqui a uma semana, deslocarmo-nos (eu, o jovem, e a assistente social do DPSM) ao Centro de Emprego de Reguengos, para nos informarmos acerca das formações profissionais.

Realizámos a **5ª sessão do treino assertivo**, onde o utente referiu que na última semana tem sido assertivo e que se sente bem com isso. Falou de algumas situações em que adotou postura assertiva. Efetuei reforço positivo e incentivei o utente a realizar auto-reforço positivo.

No final da entrevista o jovem entregou-me uma folha com as questões que colocou, acerca da sexualidade, e referiu: *“assim é melhor, sinto-me mais à vontade, não fico tão envergonhado”*. Combinámos que as respostas vão-lhe ser entregues, também por escrito, na próxima entrevista.

8ª Entrevista: Conforme combinado deslocámo-nos ao centro de emprego de Reguengos, para nos informarmos acerca dos cursos profissionais. Esta deslocação, em conjunto, ao centro de emprego, teve como objetivo reduzir a ansiedade em relação à procura de formação. A participação do utente numa formação é importante como forma de aumentar a socialização do mesmo, e confiança nas suas capacidades.

Apesar do centro de emprego de Reguengos oferecer um leque variado de oferta formativa, o utente referiu que nenhuma formação era do seu agrado. Nesse momento, ainda no centro de emprego, o utente apresentou fâcias tenso e entristecido, e alguma ansiedade – **Coping comprometido e ansiedade atual**. Pelo que, após esta deslocação ao centro de emprego, houve a necessidade de realizar entrevista com o utente, ajudando o mesmo na verbalização de sentimentos, e prestar apoio emocional; para desta forma ajudar a reduzir a ansiedade e tensão.

A entrevista foi realizada num gabinete calmo e acolhedor do centro de saúde. No decorrer da entrevista solicitei ao utente para adotar comportamento assertivo, em relação à situação descrita. Nesse momento demos início à **6ª sessão do treino assertivo**, onde realizámos o procedimento de ensaio comportamental. O utente referiu: *“ainda não me sinto capaz de iniciar uma formação, e mesmo assim não gostei de nenhuma”*. *“Naquele momento, senti-me nervoso, ansioso e pressionado”*. Disse ainda, que tem medo de não conseguir, e de ser muito cedo. Depois referiu, que vai iniciar trabalho de jardinagem, na casa do Padrinho, iniciando assim a sua alteração comportamental em relação ao isolamento social.

No término da entrevista o utente mantinha fâcias entristecido. Porém, apresentava postura mais calma, e mais tranquila. Nesse momento, conforme combinado, entreguei ao utente as respostas às perguntas que me colocou, acerca da sexualidade.

9ª Entrevista: No início da entrevista o utente referiu que devia procurar um trabalho ou uma formação, mas que ainda não se sente preparado: *“pensei que me sentia preparado, mas fizemos a experiência, e percebi que ainda não estou”* - **Coping comprometido**. No entanto, referiu que se deslocou, na companhia da sua mãe, ao centro de emprego, para voltar a inscrever-se no

mesmo. Disse também, que neste momento não se sente tão preocupado e ansioso como antes – **Ansiedade melhorada**, e que o pai o tem deixado mais à vontade, e consegue comunicar de forma assertiva com o mesmo. Porém, com a mãe: *“é mais complicado, ela é muito teimosa, mete uma coisa na cabeça, e está sempre a falar naquilo, e depois eu não consigo falar; tento mas depois desisto”*.

No final da entrevista solicitei ao utente, como trabalho de casa, escrever uma situação onde adotou comportamento passivo e explicar como gostava que tivesse decorrido a situação.

10ª Entrevista: No início da entrevista o utente referiu que era provável que gostasse de frequentar uma formação na área da administração. Combinámos que ambos nos iríamos informar, acerca dessa possibilidade, e que na próxima entrevista trazíamos as informações colhidas. Para o utente se sentir apoiado, mas também para incentivá-lo a ser autónomo (procurar ele uma formação).

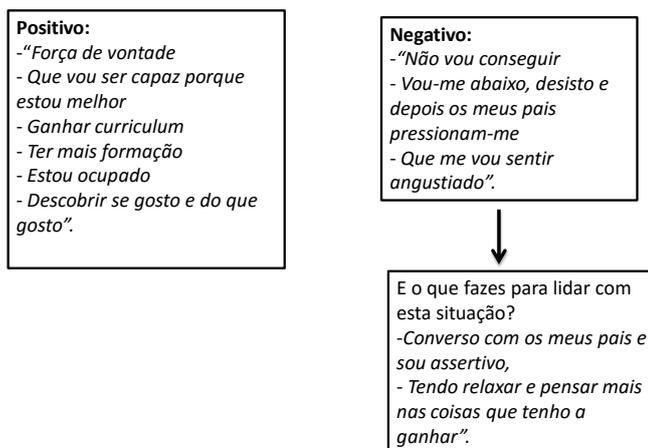
No decorrer da entrevista demos continuidade ao **treino da assertividade**, onde realizámos a **7ª sessão**. Para esta sessão o utente trouxe escrita, a situação, que lhe tinha pedido como trabalho de casa – onde adotou comportamento passivo com a mãe, mas depois analisou o mesmo e treinou respostas assertivas. O jovem referiu que conversou novamente com a mãe, de forma assertiva: *“senti-me bem comigo, e a minha mãe conseguiu compreender-me”*. *“Penso que tenho conseguido ser mais assertivo, e isso faz-me bem”* – **Comportamento assertivo melhorado**. Referiu ainda: *“não me tenho sentido ansioso”*- **Ansiedade melhorada**. Elogiei-o pelo seu comportamento e fiz reforço positivo.

11ª Entrevista: Tal como tínhamos combinado, após me informar junto do centro de emprego, e conversar sobre a situação com a assistente social e com a terapeuta ocupacional do DPSM (que acompanha o utente na terapia ocupacional), expliquei ao jovem acerca das ofertas formativas. Disse ao utente que de momento não existem formações na área da administração, mas que vai abrir uma formação sobre cerâmica. O utente referiu: *“não estou interessado, prefiro algo a ver com administração; assim, vou esperar”*- **Comportamento assertivo melhorado**. Incentivei-o novamente a procurar alguma formação, e expliquei-lhe que ele é parte ativa nas intervenções realizadas, e beneficiário das mesmas. O jovem referiu que se tem sentido bem a frequentar a terapia ocupacional, e que por vezes se tem sentido ansioso, mas que tem adotado estratégias para lidar com a ansiedade: *“já não penso tantas vezes no negativo, tento ser assertivo, e sinto que estou mais solto e desenrascado”* – **Coping melhorado**. O jovem disse ainda: *“já convivo mais, saio com o meu primo, e converso com mais pessoas”*- **Isolamento social melhorado**. No decorrer deste diálogo elogiei o jovem pela sua alteração comportamental.

12ª Entrevista: Nesta entrevista demos continuidade às intervenções que temos vindo a desenvolver, cujos objetivos são: reduzir o isolamento social, a ansiedade, e melhorar as habilidades sociais. No decorrer da entrevista o utente referiu que não se tem sentido ansioso, que foi a um bar e sentiu-se bem: *“já não me custa tanto, porque já não me sinto tão preso”*- **Isolamento social melhorado e Ansiedade melhorada.** Referindo-se à dificuldade que apresentava em comunicar com pessoas da sua idade, e em relação ao isolamento social. Relativamente à formação/trabalho, o utente disse que não tem pensado muito no que quer para o futuro. Foi incentivado a delinear estratégias e objetivos. O jovem referiu: *“tenho um pouco de medo de não conseguir, de entrar novamente em angústia, de ser difícil”* – **Insegurança atual.** Depois referiu ainda: *“penso mais positivo do que antes, e lido melhor com as coisas, mas ainda tenho um pouco de receio, porque agora sinto-me bem”*. No decorrer deste diálogo realizámos um esquema/linguagem simbólica, para o utente ponderar acerca da situação referida e ter melhor perceção da mesma.

Esquema 12: Curso profissional – jovem DG

Como pensa a cabeça do DG em relação à entrada num curso de formação profissional:



Após a realização do esquema efetuámos a **8ª sessão do treino assertivo**, com base neste último. No decorrer da sessão o utente referiu que não sabe como dizer aos pais, que pode tentar frequentar uma formação profissional, mas que se não gostar da mesma, desiste. Para trabalharmos a assertividade, no decorrer da sessão, adotámos os procedimentos de modelação, e ensaio comportamental. No final da sessão fiz reforço positivo, com base nos pensamentos positivos enumerados pelo utente no esquema acima.

No término da entrevista pedi ao utente, como tarefa de casa, para responder à seguinte questão: O que tens ganho com o treino da assertividade? Pedi-lhe também, como tarefa de

casa, para realizar os exercícios de auto conhecimento (Anexo IV), intitulados – uma breve análise do eu: eu comigo, eu com o outro, e eu com os outros. Com o objetivo de facilitar o autoconhecimento pessoal; o desenvolvimento e a compreensão das relações no grupo (Chapman, 1995-2005); e para melhor percepção das suas capacidades e pontos positivos. A realização destes exercícios pode contribuir para a redução da ansiedade nas relações com os outros, melhoria do comportamento assertivo, e aumento da ansiedade e segurança.

13ª Entrevista: No decorrer desta entrevista analisámos os exercícios de auto conhecimentos, que tinha pedido ao utente para efetuar como trabalho de casa. Com a análise dos mesmos o jovem referiu: *“estes exercícios fizeram-me bem, porque fizeram-me pensar em mim, tentar perceber-me, e conhecer-me melhor”*. Após a análise deste exercício analisámos o outro trabalho de casa que lhe tinha pedido: O que tens ganho com o treino assertivo? O utente respondeu: *“pondero melhor sobre os meus pensamentos, e sobre as minhas escolhas; capacidade de expressar, e transmitir melhor os meus sentimentos, às outras pessoas; melhor relação com os outros; ser menos stressado; ser mais confiante e seguro; e ser capaz de lidar melhor com alguma situação de conflito”* – **Coping melhorado; Comportamento assertivo melhorado; Insegurança melhorada; e Auto estima melhorada.** Disse ainda: *“estou mais desenrascado e menos ansioso”* - **Ansiedade melhorada.** Elogiei-o pelo seu discurso e pela alteração comportamental.

Após a análise destes exercícios realizámos um esquema/linguagem simbólica, para o utente perceber algumas distorções da sua percepção em relação à insegurança, e receio de frequentar uma formação. O jovem referiu que gosta que trabalhem com linguagem simbólica, porque tem melhor visualização e percepção das situações.

Esquema 13: Deslocação para o curso profissional – jovem DG

Há cerca de 1 ano e 5 meses frequentava a escola em reguengos, pelo que ia de autocarro, saía na estação e depois andava até à escola – conseguiu realizar essas atividades e ter sucesso e ultrapassar dificuldades.



Agora, para frequentar uma formação em Reguengos ou Évora, tem de apanhar o autocarro, sair na estação e deslocar-se ao local onde decorrerá a formação – atividade que realizou durante muitos anos e que ultrapassou e teve sucesso.

Após a realização do esquema, o utente referiu que “ouviu falar”, de uma formação em informática, que vai abrir no centro de emprego de Reguengos, e que está interessado em informar-se melhor acerca da mesma. Telefonámos (a pedido do utente) para o centro de emprego, para obter mais informações. Após as informações colhidas o utente mostrou-se muito entusiasmado em inscrever-se na formação. No decorrer deste diálogo fiz reforço positivo e elogiei o jovem.

Ao longo da entrevista o jovem apresentou humor eutímico, fâcies sorridente, bom contacto interpessoal, e falou sobre os seus sentimentos e emoções - Tristeza melhorada.

No término da entrevista pedi como tarefa de casa, para escrever: como se sentia antes, e porque acha que se sentia assim; e como se sente agora, e o que acha que alterou. Solicitei também, para o utente e os seus pais escreverem os pontos positivos e as capacidades do jovem, para desta forma o utente ter melhor perceção das suas capacidades, contribuindo para o aumento da auto estima e segurança.

14ª Entrevista: No início da entrevista o utente referiu que após a entrevista anterior deslocou-se ao centro de emprego, na companhia dos seus pais, e inscreveu-se em dois cursos de formação profissional (informática novel 2, e contabilidade e fiscalidade): “*caso um não abra, sempre tenho a hipótese de outro*”. Referiu satisfação por se ter inscrito nos cursos e esperança em ingressar num deles. Elogiei-o pelo seu discurso e comportamento, tendo o jovem ficado bastante agrado, e referiu: “*você ajudou-me a perceber que tenho capacidades, e motivou-me para me inscrever nos curso, e sentir-me bem*” – Auto estima melhorada; Insegurança melhorada; e Tristeza melhorada.

No decorrer da entrevista efetuámos a análise da tarefa de casa, que pedi na entrevista anterior: Quais são os teus pontos fortes/positivos, e capacidades? (Expliquei ao utente que pedi este trabalho para que perceba as suas capacidades, e para aumento da sua auto confiança e auto estima). O utente referiu: “sou atento; racional; assertivo; tenho boa capacidade de comunicação, através de linguagem verbal e escrita; tenho muito boa capacidade de auto conhecimento, da minha personalidade; penso também, que tenho boa capacidade para trabalhar em grupo, especialmente com pessoas mais velhas do que eu; e tenho capacidade de análise” – **Auto estima melhorada e Insegurança melhorada**. Para a realização deste trabalho de casa solicitei também aos pais do utente, para responderem à pergunta: Quais são os pontos fortes/positivos e capacidades do filho? Estes reponderam: “consegue exprimir bem os seus sentimentos e pensamentos”. Depois desta análise, analisámos também a outra tarefa de casa pedida: como se sentia antes, e como se sente agora. O utente referiu: “antes sentia-me depressivo; angustiado; triste; nervoso; ansioso; agitado por dentro; e tímido, porque pensava muito nas coisas negativas”. “Agora sinto-me, bem-disposto; mais calmo; ponderado; decidido; assertivo; mais aberto; e mais convicto daquilo que falo acerca de mim, e daquilo que quero, isto com a sua ajuda; porque consegui ser mais assertivo”.

15ª Entrevista: Antes desta entrevista realizámos durante algumas semanas acompanhamento por telefone (que se encontra descrito abaixo), pois o utente ingressou no curso de formação profissional, de contabilidade e fiscalidade. Impossibilitando acompanhamento face a face, devido aos horários das aulas que o jovem frequenta.

Ao longo desta entrevista o jovem falou acerca do curso, e dos seus objetivos para o futuro: “quando terminar este curso, vou procurar trabalho, ou outra formação” – **Isolamento social melhorado**. Elogiei-o pelo seu discurso e alteração comportamental, e fiz reforço positivo.

No término da entrevista apliquei os indicadores de resultados e o BDI-II, cujo *score* foi 0 – Sem depressão; para validação das avaliações efetuadas e dos resultados obtidos.

Indicadores de resultados (Anexo VI) - respostas do jovem:

- 1 - Auto estima: “aumentou” – **Auto estima melhorada**;
- 2 – Enfrenta os problemas: “melhor” – **Coping melhorado**;
- 3 - Adota comportamento: “mais assertivo” – **Comportamento assertivo melhorado**;
- 4 – Em relação ao isolamento: “já não me isolo” – **Isolamento social melhorado**;
- 5 - Em relação ao bem-estar: “sinto-me bem comigo” – **Tristeza melhorada**;
- 6 – Relativamente à imagem corporal: “sinto-me bem”;
- 7 - Diz que se alimenta melhor: “ouve uma altura que nem tinha vontade de comer”;
- 8 – Em relação à satisfação com a vida - diz sentir-se satisfeito com a mesma;

9 - A ansiedade: “diminuiu” – **Ansiedade melhorada**;

10 – Em relação à segurança: “mais seguro” – **Insegurança melhorada**;

11 - Relativamente à avaliação das intervenções: “fizeram-me perceber as minhas capacidades, a encontrar estratégias para lidar com a ansiedade e angústia, a sentir-me bem comigo e com os outros, e mais seguro quando estou com outras pessoas”.

Acompanhamento por telefone

O utente ingressou no curso de formação profissional, de contabilidade e fiscalidade, pelo que não houve possibilidade de realizarmos entrevistas e terapia de grupo. Por isso, combinámos efetuar acompanhamento por telefone, de forma a apoiar o utente. Este acompanhamento foi realizado ao longo de 5 semanas, onde efetuei um telefonema semanal, previamente agendado com o jovem. Os telefonemas demoraram cerca de 20 minutos cada, onde o utente se apresentava bem-disposto e riu-se várias vezes – **Tristeza melhorada**. E referiu que ser assertivo o tem ajudado, e que se sente bem e à vontade – **Comportamento assertivo melhorado**: “não conhecia ninguém, mas não me senti ansioso, senti-me bem, desenrasco-me e corre tudo bem” – **Ansiedade melhorada**. “Você ajudou-me muito”. “Estou a gostar muito do curso, dou-me bem com os colegas e consigo falar com eles – **Isolamento social melhorado**. Não me tenho sentido ansioso, até me esqueci disso. Estou um pouco cansado porque ainda me estou a habituar a este novo ritmo, mas é bom. Não me atrapalho, estou desenrascado”. “Estou a ter sucesso no curso, as aulas correm bem e os colegas gostam de mim”- **Auto estima melhorada e Insegurança melhorada**. O jovem referiu planos para o futuro, dizendo que está a pensar quando terminar o curso, inscrever-se noutra curso, procurar trabalho ou estágio profissional. Fiz reforço positivo e lembrei-o das estratégias trabalhadas para lidar com momentos de ansiedade. Em relação ao acompanhamento por telefone, o utente referiu: “fico muito contente por me ligar e pela ajuda que me dá”.

Suporte à família e envolvimento da família

Entrevista com a mãe do utente: Esta entrevista prendeu-se com a necessidade de apoiar a família, e envolver a mesma no processo de cuidados ao utente. Depois de colhidas informações, considerei pertinente efetuar ensino (à mão do utente) acerca da assertividade e respostas assertivas, de forma a melhorar a comunicação entre mãe-filho. Ao longo da entrevista a mãe do utente mostrou-se recetiva, porém, apresentou alguma ansiedade, relacionada com a alteração comportamental.

Articulação com membros da equipa do DPSM

Discussão do caso clínico com a Assistente social do DPSM: Conversei com a Assistente Social do DPSM para esta ter conhecimento que o jovem DG se inscreveu em duas formações profissionais. E para a Assistente social conversar com a colega do centro de emprego de Reguengos, responsável pelas formações (com o conhecimento e consentimento do utente), para explicar a importância do jovem ingressar numa formação.

Tabelas de avaliação da evolução clínica do jovem DG

Tabela 5: Tabela de avaliação - jovem DG

Avaliações	1ª Avaliação de diagnóstico	2ª Avaliação	3ª Avaliação	4ª Avaliação	5ª Avaliação
Indicadores					
Estratégias e capacidades do adolescente	Não apresenta estratégias.	Não sabe o que fazer e o seu objetivo é ser acompanhado pela equipa do DPSM.	Trabalhar ou frequentar uma formação.	Continuar a frequentar terapia ocupacional.	Mantém estratégia.
Comunicação	Postura retraída, tímido, responde com frases curtas e introvertido.	Falou abertamente dos seus sentimentos e emoções e da sua problemática de vida, tendo referido: “ <i>falo mais aqui do que até hoje com os meus pais</i> ”.	Comportamento assertivo comprometido.	Discurso adequado	Discurso adequado.
Humor	Deprimido	Deprimido	Deprimido	Ligeiramente deprimido	Ligeiramente deprimido
Vontade de Viver	Não verbaliza ideação suicida.	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido
Imagem corporal	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido
Auto estima	Baixa auto estima.	Baixa auto estima	Baixa auto estima	Baixa auto estima	Denota-se um ligeiro aumento da auto estima
Coping	Comprometido	Comprometido. Dificuldade em controlar momentos de ansiedade.	Consegue controlar momentos de ansiedade, por períodos. Mais calmo, mais confiante, mais aliviado, mais estável. Porém mantém coping comprometido.	Mantém coping comprometido.	Mais confiante, porém mantém coping comprometido.
Ansiedade	Refere ansiedade desde a infância e não sabe como lidar com isso.	Ansiedade atual	Refere que está menos ansioso.	Não refere ansiedade.	Não refere

Tristeza	Tristeza atual	Fácies entristecido por períodos	Melhorada. Esboça pequenos sorrisos	Esboça sorrisos por períodos.	Fácies entristecido, por períodos. Tristeza atual.
Interação social	Comprometido	Comprometido	Comprometido	Comprometido	Comprometido

Tabela 6: Tabela de avaliação - jovem DG

Avaliações	6ª Avaliação	7ª Avaliação	8ª Avaliação	9ª Avaliação	10ª Avaliação
Indicadores					
Estratégias e capacidades do adolescente	Mantém estratégia.	Mantém estratégia.	Mantém estratégia – frequentar a terapia ocupacional do DPSM.	Manter-se a frequentar a terapia ocupacional.	Para lidar com momentos de ansiedade – ouvir música, pensamentos positivos, relaxamento, ser assertivo.
Comunicação	Discurso adequado. Comportamento assertivo melhorado.	Discurso adequado	Discurso adequado	Postura ligeiramente mais retraída do que tem sido habitual.	Assertivo. Falou abertamente. Postura tranquila.
Humor	Eutímico	Eutímico	Eutímico	Eutímico	Eutímico
Vontade de Viver	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido
Imagem corporal	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido
Auto estima	Auto estima melhorada.	Mantém ligeiro aumento da auto estima-	Mais confiante, mais seguro.	Melhorada	Mais confiante e seguro. Ligeiro aumento da auto estima
Coping	Mais seguro e adota estratégias de enfrentamento mais eficazes. Coping melhorado.	Mais seguro e adota estratégias de enfrentamento.	Comprometido. Alguma dificuldade em controlar momento de ansiedade. Apresentando tremores dos membros superiores e fácies tenso no momento.	Comprometido	Mais seguro e adota estratégias de enfrentamento.
Ansiedade	Não refere	Não refere	Ansiedade atual	Não refere	Não refere. Melhorada.
Tristeza	Fácies sorridente	Fácies sorridente	Fácies tenso num curto período.	Fácies mais tenso do que nas entrevistas anteriores.	Fácies sorridente.
Interação social	Tem saído mais de casa.	Mantém pequenas saídas.	Mantém curtas saídas e diz que se sente bem.	Mantém curtas saídas.	Mantém curtas saídas.

Tabela 7: Tabela de avaliação - jovem DG

Avaliações	11ª Avaliação	12ª Avaliação	13ª Avaliação	14ª Avaliação	15ª Avaliação
Indicadores					
Estratégias e capacidades do adolescente	<i>“Já não penso tantas vezes no negativo, tento ser assertivo e sinto que estou mais solto e desenrascado”.</i>	Já não se isola tanto, verbaliza emoções e sentimentos. Diz que tenta pensar positivo e relaxar.	Diz que tenta pensar positivo e relaxar. Informar-se acerca de formação em informática, que está interessado, que decorrerá no centro de emprego de Reguengos.	Inscreeveu-se em formações no centro de emprego.	<i>“Quando terminar esta formação vou procurar trabalho ou frequentar outro curso”.</i>
Comunicação	Assertivo. Postura calma e tranquila.	Assertivo. Faz solicitações e consegue afirmar-se.	Comportamento assertivo melhorado.	Discurso adequado e assertivo.	Comunicação assertiva.
Humor	Eutímico	Eutímico	Eutímico	Eutímico	Eutímico
Vontade de Viver	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido
Imagem corporal	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometida	<i>“Sinto-me bem comigo e com o meu corpo”.</i>
Auto estima	Diz que está mais solto e desenrascado. Aumento da auto estima.	Diz que: <i>“estou menos preso, sinto-me melhor”.</i> Aumento da auto estima.	Aumento da auto estima.	Melhorada	<i>“A minha auto estima aumentou”.</i>
Coping	Mais seguro e adota estratégias de enfrentamento.	Um pouco mais seguro. <i>“Consigo lidar melhor com a ansiedade, abstrair-me e distrair-me”.</i>	Mais seguro e adota estratégias de enfrentamento eficazes.	Melhorado	<i>“Sinto-me seguro e mais confiante e lido com as situações de melhor forma”.</i>
Ansiedade	Refere ansiedade por períodos, mas adota estratégias para lidar com a mesma.	Refere alguma ansiedade, por a mãe também estar ansiosa.	Não refere	Melhorada	Melhorada. <i>“Nem me tenho sentido ansioso”.</i>
Tristeza	Fácies sorridente. Contou anedotas e fez humor.	Fácies sorridente por períodos	Ausente. Apresenta fácies sorridente	Melhorada. Fácies sorridente	Melhorada.
Interação social	Diz que conversa mais com outras pessoas e tem saído com o primo.	Saiu com amigos e familiares.	Tem saído menos, porém diz que não se sente incomodado quando o faz.	Melhorado	Frequenta curso de formação profissional: <i>“falo com os meus colegas e dou-me bem com eles, eu gosto deles e eles de mim”.</i>

3.4 – Síntese dos resultados obtidos

Após a exposição do processo de desenvolvimento de competências importa sintetizar os resultados obtidos com os jovens. Os resultados serão sintetizados com base nos seguintes indicadores já previamente definidos: coping; comportamento assertivo; imagem corporal; auto estima; isolamento social; ansiedade; alimentação; satisfação com a vida; insegurança; e importância das intervenções.

Perante um conjunto de juízos de diagnóstico que foram feitos a partir da primeira avaliação, foram desenvolvidas um conjunto de intervenções já apresentadas e descritas com detalhe, que me conduziram aos resultados finais que aqui apresento. As intervenções aconteceram de forma processual com oscilações e de tal forma que os juízos que tinham sentido negativo, evoluíram na generalidade, no sentido positivo.

De modo a facilitar a compreensão dos resultados obtidos no decorrer das intervenções com os jovens, apresento na tabela abaixo, os juízos de diagnóstico apontados para cada jovem, na 1ª avaliação efetuada e na última avaliação realizada.

Tabela 8 - Juízos de diagnóstico (1ª avaliação e última avaliação)

Juízos de diagnóstico	1ª Avaliação	Última avaliação
Adolescentes		
FM	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa auto estima atual; • Coping comprometido; • Comportamento assertivo comprometido; • Tristeza atual; • Imagem corporal comprometida; • Comportamento alimentar comprometido; • Ansiedade atual; • Automutilações atual; • Insegurança atual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto estima melhorada; • Coping melhorado; • Comportamento assertivo melhorado; • Tristeza melhorada; • Imagem corporal melhorada; • Comportamento alimentar melhorado; • Ansiedade melhorada; • Automutilações melhorado; • Insegurança melhorada.
DG	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa auto estima atual; • Coping comprometido; • Comportamento assertivo comprometido; • Isolamento social atual; • Tristeza atual; • Ansiedade atual; • Insegurança atual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto estima melhorada; • Coping melhorado; • Comportamento assertivo melhorado; • Isolamento social melhorado; • Tristeza melhorada; • Ansiedade melhorada; • Insegurança melhorada.

LC	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa auto estima atual; • Coping comprometido; • Comportamento assertivo comprometido; • Tristeza atual; • Imagem corporal comprometida; • Comportamento alimentar comprometido; • Peso comprometido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto estima melhorada; • Coping comprometido; • Comportamento assertivo comprometido; • Tristeza melhorada; • Imagem corporal melhorada; • Comportamento alimentar melhorado; • Peso melhorado.
AR	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa auto estima atual; • Coping comprometido; • Comportamento assertivo comprometido; • Tristeza atual; • Imagem corporal comprometida; • Insegurança atual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto estima melhorada; • Coping melhorado; • Comportamento assertivo melhorado; • Tristeza melhorada; • Imagem corporal melhorada; • Insegurança melhorada.

Tomando como base os resultados, verificou-se que três dos quatro adolescentes acompanhados tiveram uma melhoria do coping e do comportamento assertivo. Os jovens adotaram novas estratégias (benéficas e saudáveis) para lidar com as situações, problemas e mudanças, havendo assim um aumento das habilidades sociais. A melhoria do coping e do comportamento assertivo trouxe-lhes maior satisfação com o desempenho das relações sociais e familiares. No entanto, uma das jovens (jovem LC) não adota estratégias eficazes de enfrentamento, mantendo algum *stress* na gestão das situações e mantendo comportamento agressivo aquando das frustrações. Esta jovem referiu, ao longo das intervenções, dificuldade em alterar comportamentos e por vezes falta de motivação e vontade para alterar os mesmos.

De acordo com os indicadores de resultados mencionados acima, os três jovens (jovem FM, jovem DG, e jovem AR) que inicialmente apresentavam insegurança, viram a mesma melhoria graças ao aumento das habilidades sociais e estratégias de coping mais eficazes. O mesmo se pode dizer em relação ao isolamento social, estando este relacionado com o défice de habilidades sociais e insegurança. Os dois adolescentes (jovem FM e jovem DG) que inicialmente apresentavam isolamento social, tiveram uma diminuição do mesmo, estando esta diminuição relacionada com o aumento das habilidades sociais, segurança, aumento da auto confiança e aumento da auto estima (tal como referiram).

Relativamente à ansiedade, os jovens (jovem DG, e jovem FM) que inicialmente referiam ansiedade dizem que a mesma diminuiu. Diminuindo assim a frequência e tempo dos episódios de ansiedade, referindo que adotaram novas estratégias para lidar com a mesma, e adquiriram capacidades para lidar com estas situações. A jovem (jovem

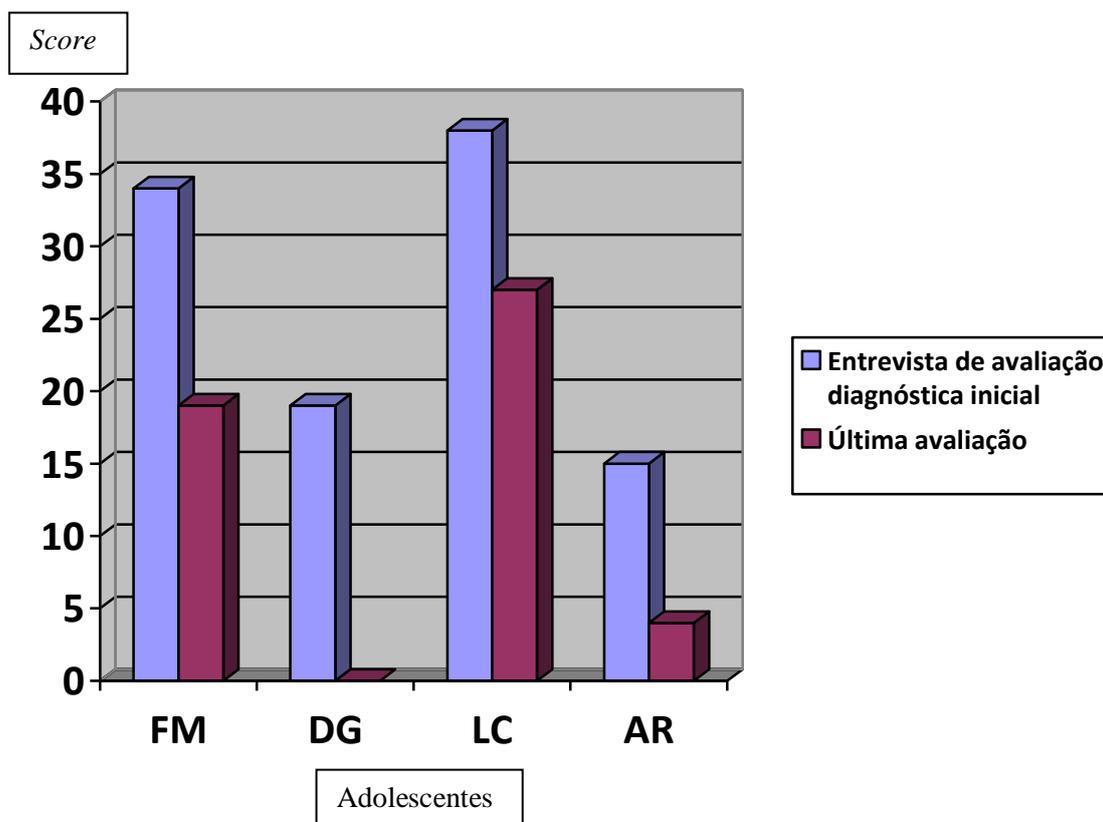
FM) que inicialmente referia automutilações, disse que já não se automutila. A automutilação, nesta jovem, estava relacionada com a ansiedade, pelo que a adoção de estratégias de enfrentamento levou à diminuição da ansiedade, que por sua vez levou à ausência de automutilações.

Ainda de acordo com os indicadores apontados acima, relativamente à imagem corporal, as três adolescentes (jovem FM, jovem LC, e jovem AR) que inicialmente apresentavam imagem corporal comprometida, não gostando do seu corpo, percebeu-se uma melhoria a nível da mesma, aceitando-se, adotando comportamentos e hábitos de vida mais saudáveis, tais como hábitos alimentares e exercício físico. Relacionando o comportamento alimentar com a imagem corporal, verificou-se que as jovens (jovem FM, e jovem LC) que apresentavam comportamento alimentar comprometido, verbalizaram adoção de hábitos alimentares mais saudáveis, vendo estes mesmos juízos de diagnóstico melhorados. Pelo que, a satisfação com a imagem corporal ajudou na melhoria dos mesmos. Ainda em relação à imagem corporal e à alimentação, a jovem LC, que associados a estes juízos de diagnósticos alterados apresentava também peso comprometido, teve uma melhoria do mesmo, devido à adoção de comportamento alimentar mais saudável e aumento da satisfação com a sua imagem e auto estima.

O aumento da auto estima observou-se nos quatro adolescentes acompanhados, relacionando a mesma com o aumento da auto confiança, habilidades sociais e imagem corporal. Contribuindo desta forma para uma diminuição da tristeza, aumentando a sua satisfação com a vida.

Após esta exposição, com o objetivo de dar relevo às respostas dos jovens ao BDI-II, apresento o gráfico 1, com base nos resultados da aplicação do BDI-II na entrevista de avaliação diagnóstica inicial e na última avaliação, para melhor perceção do nível de depressão no início e fim das intervenções. Com a visualização do gráfico abaixo é evidente a diminuição do *score*, ou seja, é evidente a diminuição do nível de depressão no final das intervenções, comparativamente com o início das mesmas.

Gráfico 1: BDI-II (entrevista de avaliação diagnóstica inicial e última avaliação)



Com a síntese dos resultados obtidos percebe-se que a aposta em intervenções com vista a aumentar as habilidades sociais, aumentar a auto estima, confiança, segurança, reduzir o isolamento social e a ansiedade, promovem melhorias nas condições de enfrentamento e de gestão do *stress*, trazendo uma maior satisfação nas relações familiares e sociais. Sendo importante realçar que todos os jovens referiram que as intervenções os ajudaram. Percebendo-se, com estes resultados, que as intervenções realizadas com vista à recuperação, diminuição das queixas iniciais e sintomas depressivos, foram benéficas e trouxeram melhorias das queixas iniciais, alterações comportamentais, aumento da qualidade de vida e bem-estar, trazendo-lhes maior satisfação com a sua vida. No entanto, as três raparigas acompanhadas referem que esta satisfação depende de situações que aconteçam na sua vida, e pode de alguma forma estar relacionada com estas (conflitos familiares, relações amorosas e sociais, escola, etc.).

Porém, é importante referir, que uma grande contribuição para a evolução clínica dos adolescentes que fizeram parte do desenvolvimento de competências, foi a

relação terapêutica que estabelecemos. A presença constante e interessada; o ouvir ativamente e a prestação de suporte emocional; demonstração de carinho e empatia; não exercendo relação de poder, indicaram aos jovens que eles são pessoas de valor, facilitando desta forma o processo de adesão aos cuidados de enfermagem e motivação para alteração de comportamentos.

4 – Reflexão sobre o desenvolvimento de competências

As competências podem ser definidas como modalidades estruturadas de ação, requeridas, exercidas e validadas num determinado contexto (Ceitil, 2007). Vistas de maneira global, as competências fazem referência não só às habilidades e às atitudes, mas também aos conhecimentos para fazer as avaliações necessárias e assim poder tomar decisões no âmbito da minha profissão, face a uma dada situação clínica (OIIQ, 1999, cit. por Phaneuf, 2005). As competências, ao serem entendidas como elementos basilares da qualidade da prática, resultam naturalmente de uma combinação entre vários recursos que se identificam por saberes – saber ser, saber estar, saber saber, saber fazer, saber aprender e saber transformar-se. Estes saberes fazem apelo ao conjunto das competências que foram sendo enunciadas ao longo do relatório e por isso quero refletir acerca daquelas que considero que adquiri e desenvolvi ao longo deste processo de desenvolvimento de competências.

No decorrer deste processo, considero que demonstrei tomada de consciência de quem sou durante a relação terapêutica, e por isso respeitei os jovens e a sua vontade. Nas interações, ao ouvir histórias de vida, não quis deixar transparecer emoções e sentimentos que pudessem interferir na relação. As atitudes relacionais e de comunicação manifestaram-se na capacidade de saber ouvir os jovens e as suas famílias. Cuidar de jovens e/ou das suas famílias não foi só ocupar-me deles, mas também antecipar esta ocupação, pensar neles, prever as suas necessidades. Os cuidados não foram um ato pontual (tal como referi nos pontos anteriores). Pelo contrário, cuidar foi uma ação que se desenvolveu no tempo, que requereu a fidelidade ao longo do tempo e se expressou por ações cronologicamente sucessivas. A ação de cuidar visou sobretudo acompanhar os jovens na sua vivência e experiência da doença, sendo que constatei que foram obtidos resultados positivos com as intervenções realizadas com estes adolescentes.

No âmbito das responsabilidades que assumi e face à confiança que me foi concedida, geri casos e partilhei-os com os membros da equipa. Geri e interpretei de forma adequada com base na minha formação inicial, na minha experiência profissional e de vida. Demonstrei capacidade de trabalhar de forma adequada, na equipa multidisciplinar, respeitando as atividades dos outros profissionais do DPSM.

No decorrer da avaliação/reavaliação diagnóstica e consequente intervenção com os adolescentes, percebi que implementar intervenções com os jovens e com as suas famílias foi para mim um desafio. Não só porque é uma faixa etária com quem tinha pouco contacto ao longo do desempenho de funções enquanto enfermeira a trabalhar no DPSM, como pela particularidade que caracteriza a adolescência: uma fase da vida pautada por alguns comportamentos de risco, dúvidas, preocupações, que muitas vezes podem conduzir a transtornos psiquiátricos. Enquanto enfermeira, percebo que desenvolvi, mobilizei e adquiri conhecimentos, habilidades e atitudes relacionais, tive a capacidade de me adaptar às situações, de forma a prestar cuidados aos jovens e às suas famílias. Adaptei-me aos jovens com quem desenvolvi intervenções. Pelo que, as intervenções não decorreram da mesma forma com todos os jovens: foram sendo adaptadas e mobilizadas de acordo com os contextos e necessidades dos mesmos.

Ao longo deste processo recorri a uma diversidade de intervenções com cada adolescente e/ou suas famílias de forma a dar mais e melhores respostas às suas necessidades e ajudá-los nesta fase das suas vidas. Considero que o uso de uma diversidade de intervenções foi uma mais-valia, pois o processo de transição e algumas crises que os jovens estão a passar fazem com que a cada dia que passe eles estejam diferentes, ou seja, estão em constante mudança. Assim, o uso de um leque variado de intervenções, bem como a minha atitude e postura enquanto terapeuta fizeram com que os adolescentes se sentissem parte ativa neste processo de cuidados, trazendo-lhes maior responsabilidade e abertura ao longo deste processo, e indo ao encontro das suas necessidades. No decorrer deste processo percebi que também foi importante usar alguns instrumentos, tais como o genograma, ecomapa, linha de vida, e esquemas, pois a utilização de linguagem simbólica contribuiu para uma melhor compreensão (da minha parte e da parte dos jovens) de algumas situações apontadas pelos jovens, e auxiliou os mesmos, na verbalização dessas situações e na expressão de sentimentos.

Deparei-me com algumas dúvidas, no cuidado aos adolescentes e/ou suas famílias, principalmente no que dizia respeito à implementação das intervenções. Pelo que, o seu feedback positivo e a abertura na comunicação, deixando que os jovens e as suas famílias referissem o que necessitavam, foi uma mais-valia. De facto, permitiu-me resolver essas dúvidas e realizar intervenções de acordo com as suas necessidades, sendo benéfico para o desenvolvimento da relação terapêutica e empowerment dos adolescentes. Percebi a necessidade de envolver a família no processo de cuidados aos

jovens e isso foi importante para perceberem as necessidades dos mesmos, levando a uma maior abertura no seio familiar. Por vezes, foi difícil gerir algumas situações, comportamentos dos jovens e conflitos familiares. No entanto, julgo que com o estabelecimento da relação terapêutica bem como com a adoção de um comportamento assertivo, postura empática, isenta de juízos e de poder, consegui ultrapassar dificuldades e gerir as situações da melhor forma.

Este processo foi motivador e gratificante, suprimiu os momentos difíceis e as dúvidas com os quais me deparei ao longo do ensino clínico, porque assisti à evolução positiva dos jovens, e percebi que o meu trabalho pode ser benéfico para esta faixa etária e implementado no DPSM, fazendo parte do meu projeto profissional no local onde desempenho funções.

5 – Conclusão

Na adolescência há uma oscilação entre tendências contraditórias, onde muitas vezes o adolescente passa de uma energia, exaltação e superatividade, a uma indiferença, letargia e desprezo. Ainda, a alegria, as gargalhadas e a euforia, cedem lugar à disforia, depressão e melancolia. Como características deste período estão o egoísmo, a vaidade e presunção, assim como o abatimento, humilhação e timidez. O adolescente poderá demonstrar extrema sensibilidade e ternura, sendo que outras vezes demonstrará insensibilidade e crueldade (Hall, cit. por Tavares, 2005). Dizendo por outras palavras, o desenvolvimento do adolescente pode dar-se em diferentes padrões ou ritmos, não sendo, na maioria das vezes uma fase gradual e harmoniosa, mas o oposto, perturbada e cheia de tensão. De maneira geral, Lewin (1966) cit. por Tavares (2005) coloca que na adolescência há timidez e sensibilidade, mas também agressividade, devido à pouca clareza e ao desequilíbrio no espaço-vital do adolescente. Este experimenta um conflito contínuo entre as várias atitudes, valores, ideologias e estilos de vida, uma vez que está a passar da infância para a fase adulta.

Ainda, na adolescência o jovem raramente se identifica com os seus pais, rebelando-se muitas vezes contra o domínio deles, o seu sistema de valores, a intromissão que têm na sua vida particular, visto que o adolescente tem que separar a sua identidade da dos seus pais. Há uma necessidade desesperada de pertencer a um grupo social, onde o adolescente procurará conforto junto dos amigos. O conflito de valores, atitudes e ideologias resulta em tensões emocionais crescentes. Há uma prontidão no adolescente em assumir posições extremas e mudar drasticamente de comportamento; em consequência, atitudes e ações radicais e rebeldes são frequentemente constatadas. Tavares (2005) coloca que, o comportamento dependerá da perceção da situação; sendo a estrutura perceptiva do adolescente instável, será também o seu comportamento instável.

Visto haver na fase da adolescência um conjunto de transições que podem levar a comportamentos de risco e à depressão, considerei benéfico e importante o acompanhamento destes jovens, com o objetivo de alterar comportamentos, aumentar a auto estima, segurança e auto confiança. Percebendo que, uma das intervenções que contribuiu para o aumento da qualidade de vida e bem-estar dos jovens, foi o treino assertivo (habilidades sociais). A habilidade social ajudou os jovens, na generalidade, a

lidarem satisfatoriamente com variadas situações sociais e familiares, aprendendo a expressarem o que pensam e sentem de forma coerente e respeitando os outros. Outra intervenção que se revelou pertinente foi a terapia de grupo, onde as adolescentes que participaram na mesma, exprimiram emoções e sentimentos, apoiaram-se e partilharam experiências. Compreendendo que foi importante ter realizado a terapia de grupo após a realização de acompanhamento individual, pois estabelecemos no decorrer deste uma relação terapêutica, aumentando desta forma a auto confiança e a confiança no seio do grupo.

A partir da realização do ensino clínico verifiquei que existem vários adolescentes a necessitarem de auxílio, por falta de recursos, de vergonha, etc., sendo importante a promoção e prevenção de comportamentos de risco e doença mental, pelo que as intervenções com estes jovens foram uma mais-valia e benéficas para a manutenção da saúde mental, e para a melhoria e recuperação da doença mental. As intervenções que desenvolvi mostraram-se válidas, na medida em que permitiram estudar caminhos a trilhar, num processo de ajuda aos adolescentes, na sua experiência de vida, para desta forma adotarem estilos de vida saudáveis e ultrapassarem dificuldades. Estas verificaram-se eficazes, na generalidade, no tratamento de queixas iniciais, e alterações de comportamento referidas/apresentadas pelos jovens.

6 - Referências bibliográficas

ALBERTI, Robert e EMMONS, Michael. (2008) - **You're perfect right: A guide to assertive behavior**. San Luís - O bispo, California: Impact.

ALVES, Ana. (2011) – **Saber transformar: o percurso de competências**, Lisboa.

AMBROSINI, Paul, et al. (1991) - **Concurrent validity of the Beck Depression Inventory in adolescents**. Journal of the Bol. Acad. Paulista de Psicologia, São Paulo.

APA - American Psychiatric Association (2002) - **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** (4a ed. texto revisado). Porto Alegre: Artmed.

ARAYA, Ricardo, et al. (2013). **Detecting depression among adolescents in Santiago**, Chile: sex differences.

ARGIMON, Lima, et al. (2013) – **Intensidade de sintomas depressivos em adolescentes através da escala de depressão de Beck (BDI-II)**, boletim academia paulista de psicologia, vol. 33, n 85, julho – dezembro, p. 354 – 372, Brasil.

AZEVEDO JÚNIOR, José. (2007) – **Artes Visuais**. São Luís: Imagética Comunicação e Design. P. 59.

BACK, Ken e BACK, Kate. (2005) — **Assertiveness at work**. USA : McGraw Hill.

BALHS, Saint-Claire. (2002) – **Aspetos clínicos da depressão em crianças e adolescentes**, Jornal de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria.

BALHS, Saint-Claire e BALHS, Flávia. (2003) – **Psicoterapias da depressão na infância e na adolescência**, Estudo Psicologia, vol.20, nº2, Maio/Agosto, Campinas.

BATISTA, Makilim, et al. (2001) - **Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes**. *Psicologia: ciência e profissão*, 21 (2), Junho. Brasília

BECK, Aaron, et al. (1961) - **An inventory for measuring depression**. *Archives of General Psychiatry*, V. 19 (n.4), 561-571.

BECK, Aaron e STEER, Robert. (1993) - **Beck Depression Inventory**. Manual. San Antonio: Psychological Corporation.

BECK, Aaron e KNAPP, Paulo. (2008) – **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva**, Ver Bras Psiq, Supl II, S54-64, Porto Alegre, Brasil.

BENNER, Patrícia. (2001) – **De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem**. Quarteto Editora. Coimbra.

- BETEGHELLI, Paula. (2005) – **Sistematização da assistência em enfermagem de um ambulatório de saúde mental**. Revista Electrónica de Enfermagem, 7 (3), p.334-343
- CABALLO, Vicente. (2003) - **Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2003.
- CALVO, Francisco. (2011) – **El Ambiente Terapêutico en los cuidados de enfermeira en salud mental**. Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica, Revista del Colegio de Enfermería de Salamanca, Espanha.
- CAPLAN, Gerald. (1980) – **Princípios de psiquiatria preventiva**. Zahar Editores. Rio de Janeiro.
- CATAFESTA, Fernanda et al. (2007) – **Cuidado de enfermagem na transição ao papel materno entre puérperas**. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 9(2), p. 457-475.
- CEITIL, Mário. (2007) - **Gestão e desenvolvimento de competências**, Edições Sílabo, Lisboa.
- CHALIFOUR, Jacques. (2008) - **A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda**. Loures: Lusodidacta.
- CIPE (2011) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**, versão 2.
- CLAUDINO, João; CORDEIRO, Raúl e ARRIAGA, Miguel. (1997) - **Depressão e suporte social em adolescentes e jovens – um estudo realizado junto de adolescentes e pré universitários**, Educação, Ciência e Tecnologia.
- CORREIA, Elaine e MARTINS, Gisele. (2009) – **Genograma: Um instrumento de Saúde Mental**, revista das faculdades Santa Cruz, v.7, nº2, Julho/Dezembro.
- CORREIA, Maria. (2012) – **Processo de construção de competências**, Doutoramento em enfermagem, Escola superior de enfermagem de Lisboa.
- COUTO-SILVA, Ana, et al. (2001) – **Problemas endócrinos na adolescência**, *Jornal de Pediatria*, Sociedade Brasileira de Pediatria.
- CUNHA, Isabel e NETO, Francisco (2006) – **Competências de enfermeiros, um novo velho desafio**, *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3): 479-82.
- DSM-IV, **manual de diagnóstico e estatística** da Associação Norte Americana de Psiquiatria, psiquiatria geral - http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/sub_index.htm
- DUPAS, Giselle, et al. (1997) – **A importância do interacionismo simbólico na prática da enfermagem**. *Rev, Esc Enf, USP*, V31, nº2, P. 219-26, Agosto.
- EGAN, Guay. (1992) – **Communication dans la relation d'aide**. Montreal: Editions Études Vivantes.

EMMELKAMP, Paul. (2005) – **Technological innovations assessment and psychotherapy**, Department of clinical psychology, University of Amsterdam, Netherlands.

FERNANDES, Ana. (2013) – **Se tens o teu quarto desarrumado provavelmente estás deprimido**, Julho, Portugal.

FISHER, Ernst. (1983) - **A Necessidade da Arte**. Rio de Janeiro: Zahar.

FLEMING, Manuela. (2003) – **Dor sem nome. Pensar o sofrimento**; Biblioteca das ciências do homem, Porto.

FLOWERS, John e GUERRA, Julio. (1974). **The use of client coaching in assertion training with large groups**.

FONSECA, Aline; COUTINHO, Maria e AZEVEDO, Regina. (2008) - **Representações sociais da depressão em jovens universitários com e sem sintomas para desenvolver a depressão**. Psicologia: Reflexão e Crítica. V. 21(n.3),492-498.

FOSSI, Luciana e GUARESCHI, Neuza. (2004) - **A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares**. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, (7).

FOUREZ, Gérard. (2008) - **A construção das ciências. As lógicas das invenções científicas**. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.

GALASSI, John Paul e GALASSI, Merna Dee. (1977) - **Validity of a measure of assertiveness**. Journal of Counseling Psychology, 21,248-250.

GALASSI, John Paul et al. (1974) – **The College Self-Expression Scale: A measure of assertiveness**. Behavior Therapy, 5, 165-171.

GORENSTEIN, Clarice et al. (2011) - **Manual do Inventário de Depressão de Beck – BDI-II**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

GUEDEVILLE, Rosângela. (2007) - **Avaliação da comunicação entre a equipe Multidisciplinar e do tempo de permanência na UTI, após a introdução do formulário de objetivos diários**. Dissertação da Universidade Federal de Santa Catarina.

GUIMARÃES, Ana et al. (2008) – **Grupoterapia de tratamento em ambulatório em saúde mental**, II Simpósio internacional de educação linguagens educativas, Bauru.

GUSMÃO, Ricardo, et al. (2005) – **O peso das perturbações depressivas: Aspectos epidemiológicos globais e necessidade de informação em Portugal**. Acta Médica Portuguesa, 18, p.129-146.

HARGIE, Owen e DICKSON, David. (2004). **Skilled Interpersonal Communication: Research, Theory and Practice**, England: Routledge

- HERNÁNDEZ, Mário Acosta et al. (2011) - **Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo**, Arch Neurocién, México.
- KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamin e GERBB, Jack. (1997) - **Compêndio de psiquiatria – Ciências do comportamento e psiquiatria clínica**, Artmed, São Paulo, Brasil
- ILICETO, Paolo et al. (2011) - **Relationship between Temperament, Depression, Anxiety, and Hopelessness in Adolescents: A Structural Equation Model**. Depression Research and Treatment. V. 21(n.6), 160-175. doi: 10.1155/ 2011/160175.
- ÍNDICE NACIONAL TERAPÊUTICO (2012), Tupam editores, 1º semestre, Inervo/Primavera.
- LABATE, Renata et al. (2004) – **Visita domiciliária: um olhar da enfermagem psiquiátrica**. Rev. Bras. Enferm, Brasilia (DF), Set/Out, 57(5): 627-8.
- LADOUSSE, Gilian (1987) – **Role play**. Oxford University Press, Hong Kong.
- LANGE, Arthur e JAKUBOWSKI, Patricia. (1976) - **Responsible Assertive Behavior: Cognitive/ Behavioral Procedures for Trainers**. Journal Canadian of Counselling and Psychotherapy / Revue canadienne de counseling et de psychothérapie, volume 11
- LAZARUS, Arnold Allan. (1971) – **Behavior therapy and beyond**. New York: McGraw-Hill.
- LIN, Yen-Ru; et al. (2008) – **Evaluation of assertiveness training for psychiatric patients**. Journal of Clinical Nursing, (17), p. 2875-2883.
- LOPES, José Manuel. (2005) – **Os utentes e os enfermeiros: construção de uma relação**. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Repositório da Universidade do Porto. Dissertação de Doutoramento. <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/64583>
- LOPES, José Manuel. (2006) – **A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance**. Coimbra: Formasau.
- LOPES, José Manuel. (2011) – **Investigação em Saúde, múltiplos enfoques**. Edufrn.
- LOUREIRO, Cândida. (2013) – **Treino de competências sociais: uma estratégia em saúde mental: Técnicas e procedimentos de intervenção**. Revista Portuguesa de Saúde Mental, (9), Junho, p. 41-47.
- LUCCHESI, Roselma e BARROS, Sónia (2009) – **A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental**, Rev. Esc. Enfermagem, 43 (1): 152-60.

LUFT, Joe e INGHAM, Harry. (1955) - **The Johari Window, a Graphic Model for Interpersonal Relations**, Los Angeles, University of California, (UCLA), Western Training Laboratory for Group Development.

MANCILHA, Grasiella; et al. (2011) – **A importância do ambiente terapêutico no cuidado ao adolescente**. Portugal. Pesquisado a 25/04/15 em: http://www.expansaoeventos.com.br/trabalhos_simpie/Trabalho%20036.pdf

MÂNICA, Giselle e TESSMER, Liz. (2010) – **Terapeuta de referência: uma visão referenciada por profissionais da saúde mental**. Florianópolis, Brasil

MATOS, Eliane; PIRES, Denise e CAMPOS, Gastão. (2009) – **Relações de Trabalho em Equipas Interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde**. Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem, 62 (6).

MCCLOSKEV, Joanne e BULECHEK, Gloria. (2004) – **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 3ª Edição. Artmed. Porto Alegre.

MCINTRYE, Teresa, et al. (2002) – **Impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes**; Volume IV, nº 5, Setembro/Outubro.

MELEIS, Afaf Ibrahim. (1991) - **Theoretical nursing: Development & Progress**, 2nd ed. London, J. B. Lippincott Company

MELO, CIDA (2009) – **Adolescência e formação da identidade em Erik Erikson**, Junho. <https://psicologado.com/psicologia-geral/desenvolvimento-humano/adolescencia-e-formacao-da-identidade-em-erik-erikson>

MELO-DIAS, Carlos (2014) - **Investigar habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia**. In C. Sequeira, J.

MESQUITA, Cristina, et al. (2011) - **Relações Familiares, Humor Deprimido e Comportamentos Autodestrutivos em Adolescentes**; Journal of child and adolescent Psychology; Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente. Lisboa, n.º 3.

MESQUITA, Rosa (2012) - **Atividade Física e Exercícios na Intervenção Terapêutica Complementar da Depressão**; Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos.

MINAYO, Souza. (1993) - **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. 2ª Edição. Hucitec-Abrasco. São Paulo/Rio de Janeiro.

PAULA, Reginaldo. (2009) – **Relação Multiprofissional do Trabalho em Equipa na Atenção Básica de Saúde**. Minas Gerais: Universidade Federal.

PAYNE, Rosemary. (2003) – **Técnicas de Relaxamento – Um guia prático para Profissionais de Saúde**, 2ª Edição, Lusociência.

PARADIS, Alison, et al. (2015) – **Relações pais-adolescentes e o desenvolvimento de competências sociais**; Departememn de Psychologie, Université du Québec à Montréal, Canadá.

PEREIRA, Maria. (2009) – **Arteterapia na depressão: O resgate do equilíbrio emocional**. Niterói, Rio de Janeiro.

PEREIRA, Mónica. (2010) - **A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente**; Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Comunicação em Saúde, Especialidade em Intervenção em Enfermagem, Lisboa.

PEREIRA, Nuno. (2015) – **Sigmund Freud: Psicologia do Desenvolvimento**; Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Portugal – Pesquisado a 31/08/15 em: <http://nlop.webnode.com.pt/contacte-nos/sigmund-freud>.

PHANEUF, Margot. (2005) – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência.

PUREZA, Juliana, et al. (2012) – **Treino de habilidade sociais, uma proposta de intervenção**; Revista Brasileira de terapias cognitivas, Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

ROEHR, Hellen, et al. (2007) – **Entrevista de ajuda: estratégia para o relacionamento interpessoal**. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 6(1), p.110-119, Janeiro-Março.

ROGERS, Carl. (1980) – **Tornar-se pessoa**. 5ª ed. Lisboa: Moraes Editores.

SAFFI, Fabiana, et al. (2011) - **Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos afetivos**. In: B. Rangé (org.) *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*, Porto Alegre: Artmed, p. 369-392.

SALLE, Emilio, et al. (2012) - **Escalas psicométricas como instrumentos de rastreamento para depressão em estudantes do ensino médio**. *Revista de Psiquiatria Clínica*. V. 39(n.1).

SALOMÉ, Jacques. (1995) – **relação de ajuda**. Guia para acompanhamento psicológico de apoio pessoal, familiar e profissional, Brasil.

SALTER, Andrew. (1949) – **Conditioned reflex therapy**. New York: Farrar, Strauss.

SAMPAIO, Daniel. (2006) - **Lavrar o mar – um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos**, Caminho, Portugal.

SANTOS, Aline e KRIEGER, Fernanda. (2014) – **Transtornos de humor na infância e na adolescência**; *Rev. bras. psicoter*; 16(1):104-114.

SAPIENZA, Graziela e PEDREMÔNICO, Márcia. (2005) – **Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente**, Psicologia em Estudo, Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216, mai./ago.

SEIFERT, Lucy. (2009) – **Treino em assertividade**, Monitor, Lisboa.

SELLTIZ, Claire, et al. (1987) - **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. 2ª Edição. EPU. São Paulo.

SILVA, Daniel e SILVA, Emestina. (1997) – **O ensino clínico na formação em Enfermagem**, Escola Superior de Enfermagem de Viseu.

SULER, John. (1996) – **The psychology of cyberspace**, Department of psychology science and technology center, Rider University.

WAINER, Ricardo e PICCOLOTO, Neri Maurício. (2011) - **Terapia cognitivo-comportamental da depressão na infância e adolescência**. In: C. S. Petersen & R. Wainer (org.). *Terapias Cognitivo-Comportamentais para Crianças e Adolescentes*, Porto Alegre: Artmed, p. 170-194.

WATSON, Paul; MORRIS, Ronald e MILLER, Liv. (1998) - **Narcissism and the self as continuum: Correlations with assertiveness and hyper competitiveness**. *Imagination, Cognition, and Personality*, 17, 249-259.

WOLPE, Joseph. 1958) – **Psychotherapy by reciprocal inhibition**. Stanfords, California: Stanford Univerty Press.

TAVARES, José. (1996) – **Uma sociedade que aprende e se desenvolve: relações interpessoais**. Porto: Porto Editora.

TAVARES, Lorine. (2005) – **Abordagem cognitivo comportamental no atendimento de pacientes com história de depressão e déficit em habilidades sociais**, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia.

THOMAS, Sandra. (1982) – **How to conduct an assertion training course for nursing students: a step-by-step plan for instruction**. *Journal of Nursing Education*, 21 (3), March.

YOKOTA, Marília. (2003) – **A experiência de melhora dos sintomas através de arteterapia em adolescentes com depressão**; Faculdade de medicina de São Paulo, Brasil.

ZANGÃO, Otília (2015) – **Relação de ajuda em enfermagem**. Slides e aulas na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.

ZAVASCHI, Maria. (2009) - **Crianças e adolescentes vulneráveis**, Artmed, Porto Alegre.

ZIMMERMAN, Mark, et al. (2013) - **Severity Classification on the Hamilton depression rating scale.** Journal of Affective Disorders. V.27 (n.13):1-5.

Anexos

Anexo I - Escala de avaliação da depressão de Beck II

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Curso de Mestrado Profissional de Saúde Mental e Psiquiatria
Escala de Avaliação de Depressão de Beck II

O BDI-II compreende 21 premissas referentes ao actual momento do sujeito e quantificadas numa escala de 4 pontos de intensidade (0 a 3). O propósito desta escala é avaliar a medida da depressão. É um instrumento de fácil manipulação e aplicação, além de possuir grande aceitação. Os *scores* variam de zero até 63, onde o zero indica não existir nenhum traço de depressão, enquanto o *score* mais alto indica maior gravidade da depressão. O guia de interpretação é o que se segue: (a) 0 = pontuação mínima, sem depressão; (b) 10 á 16 = indica estado de depressão leve a moderada; (c) 17 á 29 = compreende um estado de depressão moderada a grave; e (d) 30 á 63 = indica um estado de depressão grave.

Nome: _____ Idade: _____

Profissão/Escolaridade: _____ Data: ____/____/____

Este indicadores de resultados consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como se tem sentido nas duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem aplicar-se igualmente bem, escolha a de número mais alto nesse grupo. Verifique se não marcou mais de uma afirmação por grupo, incluindo o item 16 (alterações no padrão de sono) e o item 18 (alterações de apetite).

1 - Tristeza

- 0 Não me sinto triste
- 1 Sinto-me triste grande parte do tempo
- 2 Estou triste o tempo todo
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar

2 - Pessimismo

- 0 Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro
- 1 Eu sinto-me mais desanimado(a) a respeito do futuro do que de costume
- 2 Não espero que as coisas dêem certo para mim
- 3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar

3- Fracasso passado

- 0 Não me sinto um fracasso
- 1 Tenho fracassado mais do que devia
- 2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos
- 3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total

4 – Perda de prazer

- 0 Continuo a sentir o mesmo prazer que sentia com as coisas de que gosto
- 1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir
- 2 Tenho muito pouco prazer nas coisas de que eu costumava gostar
- 3 Não tenho nenhum prazer nas coisas que costumava gostar

5 – Sentimentos de culpa

- 0 Não me sinto particularmente culpado(a)
- 1 Sinto-me culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito
- 2 Eu sinto-me culpado(a) a maior parte do tempo
- 3 Eu sinto-me culpado(a) o tempo todo

6 – Sentimentos de punição

- 0 Não sinto que estou a ser punido(a)

- 1 Sinto que posso ser punido(a)
- 2 Eu acho que serei punido(a)
- 3 Sinto que estou a ser punido(a)

7 – Auto- Estima

- 0 Eu sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a)
- 1 Perdi a confiança em mim mesmo(a)
- 2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a)
- 3 Não gosto de mim

8 – Auto critica

- 0 Não me sinto nem me culpo mais do que o habitual
- 1 Estou a ser mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser
- 2 Eu critico-me por todos os meus erros
- 3 Eu culpo-me por tudo de mal que me acontece

9 – Pensamentos ou desejos suicidas

- 0 Não tenho nenhum pensamento de me matar
- 1 Tenho pensamentos de me matar mas não levaria isso adiante
- 2 Gostaria de me matar
- 3 Eu matava-me se tivesse oportunidade

10 - Choro

- 0 Não choro mais do que chorava antes
- 1 Choro mais agora do que costumava chorar
- 2 Choro por qualquer coisa
- 3 Sinto vontade de chorar mas não consigo

11- Agitação

- 0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes
- 1 Eu sinto-me mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes
- 2 Eu sinto-me tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a)
- 3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre a mexer-me ou a fazer alguma coisa

12 – Perda de interesse

- 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas ou pelas minhas atividades
- 1 Estou menos interessado(a) pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar
- 2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas
- 3 É difícil interessar-me por alguma coisa

13 - Indecisão

- 0 Tomo as minhas decisões tão bem como antes
- 1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes
- 2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes
- 3 Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão

14 - Desvalorização

- 0 Não me sinto sem valor, valorizo-me como antes
- 1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes
- 2 Eu sinto-me com menos valor quando me comparo com as outras pessoas
- 3 Eu sinto-me completamente sem valor

15 – Falta de energia

- 0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive
- 1 Tenho menos energia do que costumava ter
- 2 Não tenho energia suficiente para fazer muitas coisas
- 3 Não tenho energia suficiente para nada

16 – Alterações no padrão de sono

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu sono
- 1a Durmo um pouco mais do que o habitual
- 1b Durmo um pouco menos do que o habitual
- 2a Durmo muito mais do que o habitual
- 2b Durmo muito menos do que o habitual
- 3a Durmo a maior parte do dia
- 3 Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir

17 - Irritabilidade

- 0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual
- 1 Estou mais irritado(a) do que o habitual
- 2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual
- 3 Fico irritado(a) o tempo todo

18 – Alterações do apetite

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu apetite
- 1a O meu apetite está um pouco menor do que o habitual
- 1b O meu apetite está um maior do que o habitual
- 2a O meu apetite está muito menor do que antes
- 2b O meu apetite está muito maior do que antes
- 3a Não tenho nenhum apetite
- 3b Quero comer o tempo todo

19 – Dificuldade de concentração

- 0 Posso-me concentrar tão bem como antes
- 1 Não me posso concentrar tão bem como habitualmente
- 2 É muito difícil para mim manter a concentração em alguma coisa por muito tempo
- 3 Eu acho que não me consigo concentrar em nada

20 – Cansaço ou fadiga

- 0 Não estou mais cansado(a) ou fatigado(a) do que o habitual
- 1 Fico cansado(a) ou fatigado(a) mais facilmente do que o habitual
- 2 Eu sinto-me muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer
- 3 Eu sinto-me muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer

21 – Perda de interesse por sexo

- 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
- 1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar
- 2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo

TOTAL: ____/máx. 63 Classificação: _____

Data: __/__/__

Anexo II – Situações clínicas

Situação clínica LC

Entrevistas

Entrevista de avaliação diagnóstica inicial: A jovem foi-me encaminhada pela equipa multidisciplinar do DPSM, responsável pela sua área de residência. A jovem é acompanhada no serviço de psiquiatra do DPSM. Esteve internada no DPSM de dia 3/6/15 a dia 18/6/15, com diagnóstico de anorexia nervosa, tipo purgativo, em remissão parcial; e perturbação borderline da personalidade. Faz medicação: olanzapina 10 mg¹⁰ - 1 comprimido ao pequeno-almoço e 1 comprimido ao jantar; mirtazapina 30 mg¹¹ - 1 comprimido ao jantar; cloxazolam 1 mg¹² - 1 comprimido ao pequeno-almoço e 1 comprimido ao lanche; e flurazepam 30 mg¹³ - 1 comprimido ao deitar.

Para melhor perceção da anorexia nervosa e da perturbação borderline da personalidade, de modo a prestar cuidados à jovem, com vista a suprimir as necessidades da mesma, pesquisei na literatura acerca destas perturbações. Segundo o DSM – IV a anorexia nervosa caracteriza-se pela recusa em manter o peso normal para a idade e altura; pelo medo intenso de aumentar de peso ou ficar obeso, mesmo quando existe diminuição do peso; perturbação no modo como é vivido o peso e a forma corporal; e pela influência desadequada do peso e da forma do corpo na avaliação do próprio, ou negação da gravidade do baixo peso atual (como é o caso da jovem).

Ainda segundo o DSM- IV, o transtorno da personalidade borderline é um padrão de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, auto-imagem e afetos, bem como de acentuada impulsividade. Os indivíduos com este transtorno fazem esforços frenéticos para evitarem um abandono real ou imaginado. A perceção da separação, ou rejeição iminente, ou a perda da

¹⁰ De acordo com o INT (2012) a olanzapina é indicada para o tratamento agudo e de manutenção da esquizofrenia e outras psicoses, nas quais sintomas positivos (ex.: delírios, alucinações, alterações de pensamento, hostilidade e desconfiança) e/ou sintomas negativos (ex.: afeto diminuído, isolamento emocional e social, pobreza de linguagem) são proeminentes. A olanzapina alivia também os sintomas afetivos secundários, comumente associados com esquizofrenia e transtornos relacionados).

¹¹ Segundo o INT (2012) a mirtazapina está indicada no tratamento de estados depressivos, tais como síndromes depressivas, e depressão reativa.

¹² O cloxazolam está indicado nos distúrbios emocionais, distúrbios comportamentais, distúrbios do sono e sintomas somáticos, funcionais de origem psicogénica e sentimentos de opressão (INT, 2012).

¹³ O flurazepam está indicado em todos os tipos de insónia caracterizada por dificuldade em adormecer, despertar muito frequente durante a noite ou muito cedo pela manhã (INT, 2012).

estrutura externa podem ocasionar profundas alterações na auto-imagem, afeto, cognição e comportamento. Os indivíduos com este transtorno experimentam intensos temores de abandono e raiva inadequada, mesmo diante de uma separação real de tempo limitado ou quando existem mudanças inevitáveis nos seus planos (por ex.: reação de súbito desespero quando o clínico anuncia o final da sessão, ou precisa cancelar um encontro). Os seus esforços frenéticos para evitar o abandono podem incluir ações impulsivas, tais como comportamentos de automutilação ou suicidas. Estes indivíduos têm um padrão de relacionamentos instáveis e intensos (como é o caso da jovem).

Mudanças súbitas e dramáticas são observadas na auto-imagem, caracterizadas por objetivos, valores e aspirações profissionais em constante mudança. O indivíduo pode exibir súbitas mudanças de opiniões e planos acerca da carreira, identidade sexual, valores e tipos de amigos. Eles podem jogar, fazer gastos irresponsáveis, comer em excesso, abusar de substâncias, ter sexo inseguro ou conduzir de forma imprudente. Tais atos autodestrutivos geralmente são precipitados por ameaças de separação, ou rejeição, ou por expectativas de que assumam maiores responsabilidades. Os indivíduos com transtorno da personalidade borderline podem ter um padrão de boicote a si mesmos, quando uma meta está prestes a ser alcançada (por ex.: abandonar a escola quando estava no término, regredir severamente após uma discussão acerca do sucesso da terapia até o momento atual, etc.). Os indivíduos com este transtorno apresentam comportamento manipulador, e este destina-se mais a envolver as pessoas que o indivíduo considera importantes. Segundo Águeda (2013) cit. por Fernandes (2013), um dos sintomas do transtorno de personalidade borderline é a depressão (como é o caso da jovem).

A entrevista foi realizada no DPSM, num gabinete calmo, acolhedor e livre de distrações. Proporcionando segurança e privacidade à utente. A jovem tem 18 anos, sexo feminino, bom contacto interpessoal, e aspeto cuidado. Nasceu no Brasil, e foi adotada aos 6 meses. Aos 3 anos veio para Portugal. Quando tinha 5 anos a mãe adotiva contou-lhe que é adotada. Já em Portugal, foram residir para Estremoz, onde reside atualmente com a mãe adotiva.

Foi acompanhada por psicólogo aos 5 anos por problemas de atenção/dislexia, aos 8 anos iniciou consultas médicas com pedopsiquiatra no DPSM e a partir daí foi acompanhada por vários psiquiatras, com vários diagnósticos: anorexia, bipolaridade, personalidade borderline, esquizofrenia, depressão. Aos 12 anos iniciou problemas de comportamento com períodos de recusa escolar, verbalmente agressiva com professores e fisicamente agressiva com colegas, com período de restrição alimentar e perda de peso, sem comportamentos auto lesivos e ideação suicida. Aos 13/14 anos chumbou no 6º ano de escolaridade e foi viver para Setúbal

com a irmã, e conseguiu passar de ano letivo (fez o 7º e 8º ano juntos, no ensino especial – SEF). Nesse momento voltou novamente para Estremoz.

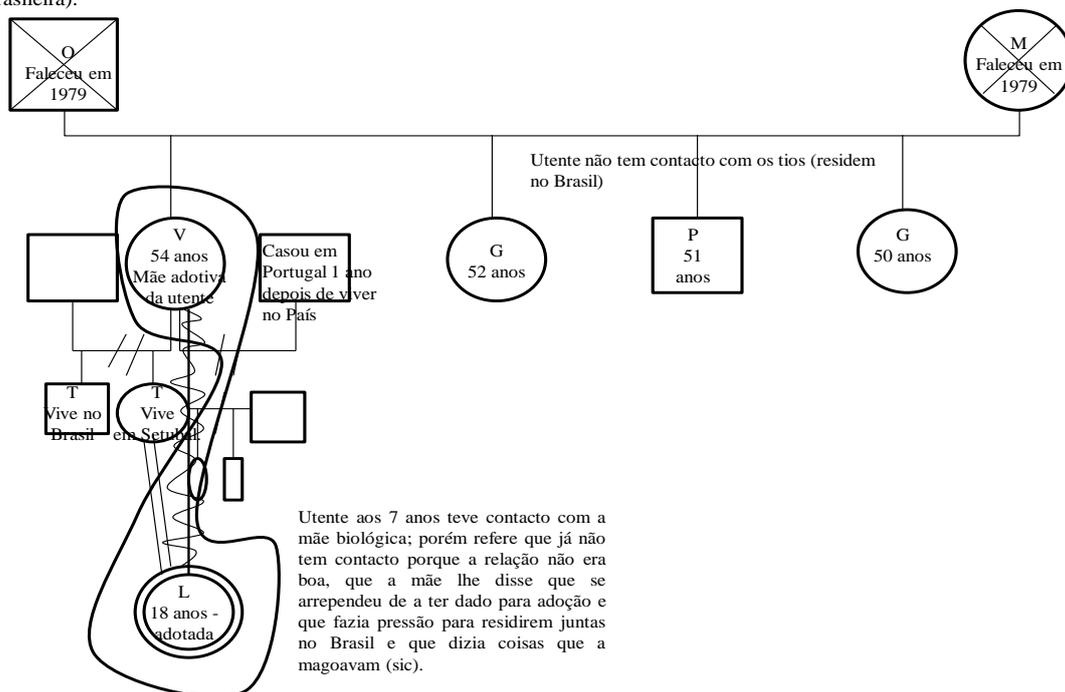
Mais tarde mãe e filha foram viver para Setúbal, porque a mãe tinha um namorado. Quando se encontravam a residir em Setúbal a utente teve vários internamentos em serviços de psiquiatria. Estamos em 2012, e a utente dava-se bem com esse namorado da mãe, mas passados uns meses a utente começou a achar que ele queria meter a sua mãe contra ela. A mãe refere que essa pessoa (namorado da mãe) as ajudou muito. A utente nessa altura começou a ser agressiva verbalmente, não aceitava regras, nem limites (mantendo esse comportamento) – **Comportamento assertivo comprometido**. Em relação a esta situação a utente refere que os conflitos com a mãe se deveram a esta relação amorosa que a mãe tinha, e que a mãe terminou com esse namorado por causa disso (conflitos com a filha). Após a utente expor a situação referiu que naquela altura não era feliz, e nem o é agora – **Tristeza atual**. Disse ainda que não gostava daquele namorado da sua mãe, porque ele andava de bóxeres pela casa, e isso a irritava e não gostava: “*metia-me nojo. Eu sou muito pudica*”. A jovem referiu também que não gosta de falar acerca da sexualidade, e que se preocupa muito com o seu aspeto e com o seu corpo.

A partir desta referência por parte da utente questionei-a acerca da imagem corporal e anorexia, tendo a jovem referido que provoca o vómito porque quer estar magra. Atualmente a utente pesa 45 kg – **Peso comprometido, imagem corporal comprometida e baixa auto estima atual**, mas refere que ultimamente come bastante – **Comportamento alimentar comprometido**, tendo a mãe confirmado. A jovem refere que depois de comer fica muito cheia, mal disposta e provoca o vómito. Depois de termos conversado acerca da anorexia, a utente explicou ainda, que teve um namorado quando tinha 12 anos, e que ele na altura tinha 18 anos, vendia droga, e que aconteceram situações desagradáveis, evitando falar acerca do assunto. Disse depois que quando se irrita é agressiva verbalmente e “*ataco as pessoas*” – **Comportamento assertivo comprometido e coping comprometido**.

A utente diz que o seu feitio é: teimosa; casmurra; respondona; sensível; agressiva, grita e chora, quando não consegue o que quer, e responde mal. Depois arrepende-se e chora mais pois gostava de voltar atrás no que disse e fez – comportamento/resposta agressiva. Para melhor perceção e compreensão das relações familiares, e do comportamento que adota com alguns membros da família, realizámos o genograma. Com a realização do mesmo a utente referiu que a relação com a mãe adotiva é boa, mas ao mesmo tempo conflituosa. Com a mãe biológica, não tem muito contacto, esta reside no Brasil, e já lhe disse que está arrependida de tê-la adotado. Refere também que tem uma boa relação com a irmã (filha biológica da mãe adotiva).

Esquema: Genograma

A utente foi adotada quando tinha 6 meses. Nasceu no Brasil (mãe adotiva e biológica são também de nacionalidade Brasileira).



Legenda:

□ Sexo masculino

○ Sexo feminino

□ ○ Casados

□ / ○ Separados

□ // ○ Divórcio

□ ○ Juntos

○ Utente

◊ Habitam juntos

~ Relação conflituosa

..... Relação pobre

— Relação escassa

== Relação boa

=== Relação excelente

Depois de realizarmos o genograma, a mãe da utente referiu que a filha é manipuladora, por vezes inventa sintomas, e que “desmaia” de propósito para chamar a atenção – **Coping comprometido**. Disse também que a jovem tinha um namorado recentemente, mas a relação terminou há 20 dias. Diz que a filha estava bem e parecia feliz com este namorado, mas desde que terminaram ficou triste e está “em baixo” – **Coping comprometido e Tristeza atual**.

No término da entrevista pedi à utente e à sua mãe, para em casa escreverem o que gostavam que a outra alterasse. Após este pedido de tarefa de casa apliquei o BDI-II à jovem,

como forma de apoio à avaliação diagnóstica inicial, apresentando estado de depressão grave - *score* 38.

2ª Entrevista: Em resultado da 1ª avaliação procurei identificar com mais detalhe os motivos dos seus comportamentos, com vista à melhoria das queixas iniciais e alteração comportamental. Esta entrevista foi realizada com a utente e com a sua mãe, de forma a envolver a sua mãe no processo de cuidados, e suprimir as necessidades da utente.

Inicialmente a utente referiu que esta semana discutiu novamente com a mãe porque esta não lhe dá atenção, mas dá atenção aos netos: “*compra-lhes o que querem, e baba-se a olhar para eles*” – **Coping comprometido e comportamento assertivo comprometido.** Quando a questioneei sobre esta atenção que quer da parte da mãe, a utente referiu que gostava que ela confiasse mais nela; que a deixasse sair sozinha; e que quando estão juntas, que lhe desse atenção de outra forma. Após isto, a mãe da utente referiu que lhe dá atenção, mas como estão as duas em casa, todos os dias juntas, e não partilham dos mesmos gostos por filmes e atividades de diversão, é complicado encontrarem algo para fazerem juntas. A mãe da utente referiu ainda: “*o que acontece é que por vezes quero estar com ela e ela não quer, depois quando estou a fazer algo, ela vem e chama para falarmos, eu largo o que estou a fazer e ela diz que já lhe passou a vontade de falar, ou seja, quer mas não sabe o que quer*”.

Neste momento conversámos acerca da tarefa de casa pedida na entrevista anterior - o que gostavam que a outra mudasse. A utente escreveu que gostava que a mãe não fosse tão desconfiada; descontrolada (irrita-se facilmente); deixasse de ser tão organizada (não se pode meter nada fora do lugar); e que lhe desse mais atenção. No decorrer desta análise perguntei à jovem se adota alguns comportamentos para chamar a atenção da mãe, tendo esta respondido que de forma inconsciente talvez faça certas coisas porque se sente frustrada, e porque não consegue lidar com alguns acontecimentos do seu dia-a-dia – **Coping comprometido.** Dizendo por fim, que também pode ser para chamar a atenção da mãe. Ainda em relação à tarefa de casa pedida, a mãe da utente escreveu que gostava que a filha cuidasse mais dos seus pertences; ajudasse nas tarefas de casa; falasse com ela com gentileza; e que lhe obedecesse. Após a análise dos trabalhos de casa pedi à mãe e à filha, que no decorrer da próxima semana tentassem chegar a um meio-termo/acordo, para começarem a colocar em prática o que verbalizaram. Combinámos que a utente irá dividir as tarefas de casa com a mãe, e falar com ela de forma mais assertiva, sem entrarem em conflito. Em relação ao que a utente gostava que a mãe mudasse, combinámos que vão partilhar momentos de qualidade. Uma das tarefas é encontrarem um filme (comédia, etc.) que agrada a ambas, e assistirem ao filme juntas (pois ambas referiram que gostam de ver filmes, mas que não partilham dos mesmos gostos, e a

utente referiu que uma das formas da mãe lhe dar atenção podia ser partilhando momentos com esta - ver um filme, ouvirem música, jogarem).

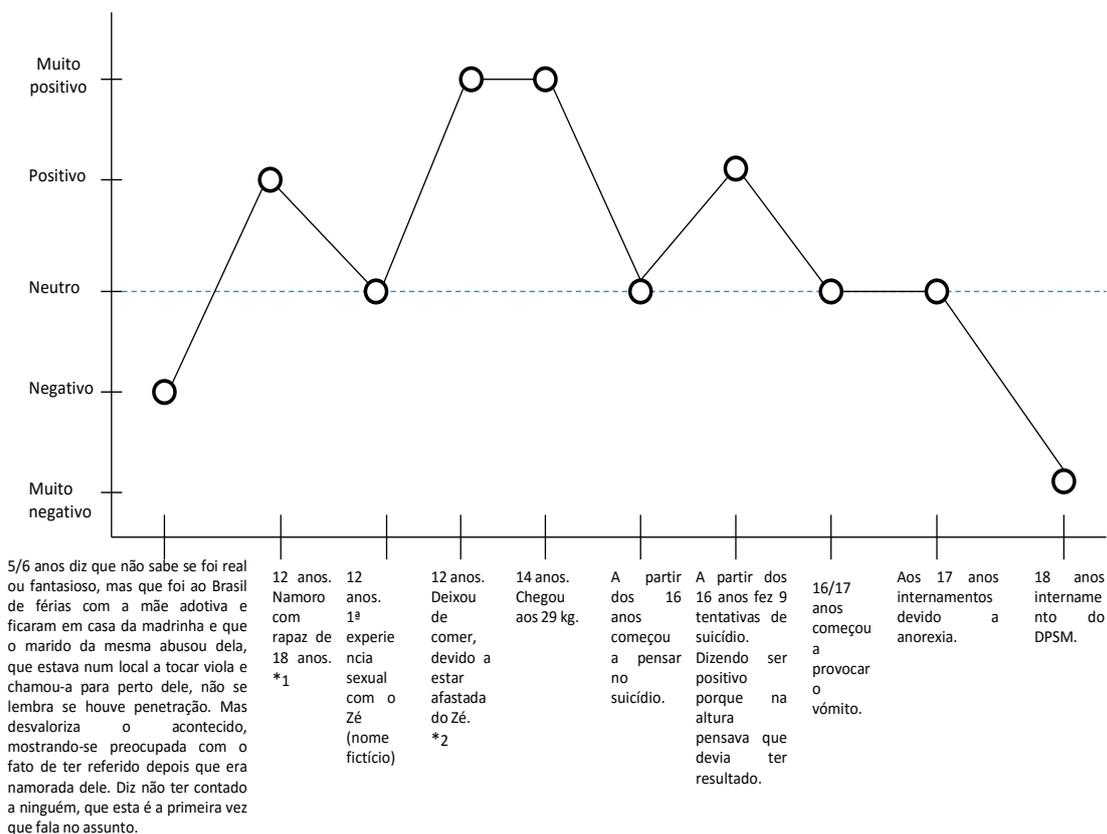
Após a entrevista com mãe e filha pedi à mãe da utente para se retirar, de forma a dar continuidade à entrevista apenas com a utente. Nesta parte da entrevista, apenas com a utente, realizámos a linha de vida. Sendo esta mais uma ferramenta útil para ambas (eu e a jovem) para entender alguns fatos ocorridos na sua vida. A decisão decorre da necessidade da utente expressar sentimentos e emoções, para que ela tenha uma melhor compreensão de momentos positivos e negativos que ocorreram e estratégias que adotou para lidar com os negativos. Durante a realização da mesma a utente evitou alguns assuntos e esteve a desenhar no seu caderno, mostrando-se pouco interessada e desvalorizando algumas situações. No término da mesma referiu que gostou de ter construído a linha de vida, porque percebe o que aconteceu na sua vida, e que conseguiu estar aqui, e ultrapassar alguns momentos negativos. No entanto, a jovem não mostra crítica em relação a alguns momentos que ela considerou positivos, mas que podem ter sido prejudiciais para o seu desenvolvimento saudável. Quando tentei aprofundar algumas situações a utente mudou de assunto e mostrou-se mais evasiva, pelo que ficou acordado com ela, que quando se sentir preparada para falar acerca desses assuntos, voltávamos a conversar sobre eles. Também sugeri que pode escrever sobre esses momentos/situações, se lhe for mais fácil partilhar os mesmos desta forma.

Esquema: Linha de vida

*1 – Diz que foi positivo este namoro, pois ainda hoje gosta do rapaz. Mas que este lhe batia. Teve a 1ª experiência sexual com ele mas não se sentia preparada, mas ele pressionava-a e tiveram várias vezes relações sexuais, porém algumas delas era porque ele insistia muito. Diz ter começado a automutilar-se nessa altura e a pensar no suicídio, porque foram afastados. A mãe não sabia do namoro, mas foi na altura que a utente chumbou no 6º de escolaridade e a mãe obrigou-a a viver em Setúbal com a irmã, ficou deprimida porque estava longe dele.

Esteve preso 5 anos porque violou duas crianças de 4 anos.

*2 – diz que é muito positivo ter deixado de comer pois sentia-se balofa (sic).



No término da entrevista a utente sugeriu se podia escrever acerca dos seus sentimentos, e trazer para lermos juntas. Elogiei-a pela sua proposta, mostrando-se agradada.

3ª Entrevista: No início desta entrevista falámos acerca do peso, porque na entrevista de avaliação diagnóstica inicial a utente pesava 45 kg e agora pesa 50 kg – **Peso melhorado**. No decorrer deste diálogo elogiei a utente pelo aumento de peso, e pelo seu bonito aspeto e aparência; a utente gostou de ser elogiada – **Auto estima melhorada**. Diz que tem comido bem e que não tem vomitado – **Comportamento alimentar melhorado**. Falámos do corpo e da sua relação com o mesmo. A utente referiu que há cerca de 3 anos esteve internada porque pesava 29 kg. Pedi à jovem para na próxima entrevista trazer fotografias de quando pesava 29 kg e fotografias mais recentes, para falarmos dos seus sentimentos em relação ao peso, e para me descrever como se sentia nestes dois momentos da sua vida. Nesse momento a utente mostrou-

me fotografias de manequins anoréticas, e referiu que gostava de estar como elas – **Imagem corporal comprometida**.

No decorrer da entrevista analisámos os textos que a utente escreveu, acerca dos seus sentimentos e emoções. Estes textos estavam relacionados com a sua relação com o namorado que teve quando tinha 12 anos, o Zé (nome que inventamos), e acerca dos sentimentos que ainda tem por este: “*não tenho a certeza, só terei quando puder estar com ele, mas não me deixam porque dizem que ele me fez mal*”. Falámos também da relação com o ex namorado, L (que terminou há umas semanas): “*é uma peste negra que apareceu na minha vida*”. A utente referiu também, que acha que ainda gosta dele, mas que lhe tem alguma raiva por ele estar numa relação com outra rapariga.

No término da entrevista pedi à utente para escrever perguntas que gostaria de colocar acerca da sexualidade, e dúvidas que tenha. Para na próxima entrevista falarmos acerca das mesmas. Pois, na 1ª avaliação diagnóstica percebi que a utente tem alguma dificuldade em abordar este tema, e escrevendo sobre este assunto, pode ser uma forma de a ajudar a expressar-se e abordar esta temática. Entreguei também à jovem, bibliografia para ler para daqui a duas semanas, acerca da assertividade.

4ª Entrevista: Na entrevista anterior tinha pedido à utente que trouxesse fotografias de quando pesava 29 kg e fotografias mais recentes, para falarmos acerca dos seus sentimentos em relação a estes dois momentos da sua vida. Porém a utente referiu que não se lembrou, pelo que ficou combinado trazer na próxima entrevista.

Em relação às questões acerca da sexualidade, que também lhe tinha pedido, a jovem referiu que escreveu as questões, mas que não trouxe pois ainda não se sente preparada para abordar este assunto e “*mexer em feridas do passado*”. Dei-lhe espaço e tempo para quando se sentir preparada falarmos acerca deste assunto.

No decorrer da entrevista a utente abordou situações em que foi agressiva verbal e fisicamente, e da dificuldade que tem em lidar com as frustrações – **Comportamento assertivo comprometido e coping comprometido**. Questionei-a sobre o que sente depois desses momentos em que é agressiva. A utente referiu que se sente normal e que só se arrepende às vezes. Em relação a lidar mal com as frustrações, a utente refere que chora e agride os outros. Aquando do relato destas situações, a utente apresentou fácies entristecido e labilidade emocional – **Tristeza atual**.

Como forma de ajudar a utente a alterar comportamentos demos início ao **treino assertivo (1ª sessão)**. Nesta sessão pedi à utente para identificar os diferentes estilos de resposta. Após isto a utente referiu que se identifica com o estilo de resposta agressivo-passivo.

5ª Entrevista: Iniciámos esta entrevista com a visualização das fotografias que lhe tinha pedido (quando pesava 29 kg e fotografias mais recentes). A utente começou por mostrar fotografias da fase atual, dizendo que agora pesa 52 kg – **Peso melhorado**. Diz que quando tinha 29 kg gostava da barriga e dos braços, mas que por vezes se sentia fraca. Agora, com 52 kg não gosta das pernas, da barriga, e da cara. Diz que está mais gorda, mas com este peso não se importa, não quer é aumentar mais. Perante esta informação decidi realizar ensino acerca da alimentação saudável e exercício físico, explicando a pertinência desta intervenção.

Após termos analisado as fotografias a utente entregou-me as questões escritas, acerca da sexualidade, referindo ainda sentir constrangimento e vergonha de falar acerca deste assunto. Combinámos que eu lia as suas perguntas e respondia por escrito, e voltaríamos a abordar este assunto quando esta se sentisse mais confortável.

No final da entrevista realizámos a **2ª sessão de treino assertivo**, com a apresentação dos diapositivos em formato PowerPoint (Anexo III). No decorrer desta sessão adotámos o procedimento de ensaio comportamental. A utente adotou comportamento assertivo, e treinou respostas assertivas para algumas situações. Ao longo da sessão fiz reforço positivo e incentivei o auto reforço.

6ª Entrevista: Nesta entrevista com o objetivo de percebermos e compreendermos algumas situações da vida da jovem, e de forma a uma maior abertura na expressão de sentimentos e emoções por parte da mesma, abordámos novamente a sexualidade. Entreguei à utente as respostas às suas perguntas, conforme combinado. Após lhe ter entregue as respostas a utente referiu que continua a sentir desconforto e dificuldade em abordar este assunto, no entanto enquanto verbalizava este desconforto, a jovem esboçava sorrisos e mostrava-se à vontade.

No decorrer da entrevista efetuámos a **3ª sessão do treino assertivo**, onde a utente compreendeu as componentes de uma situação passiva e de uma situação assertiva. Analisou fatores que a impediram de se expressar de forma adequada e assertiva (medo do namorado ficar magoado com ela). Para este trabalho adotámos o procedimento da modelação, de forma a operar sobre este fator. Com o objetivo de aumentar a sua capacidade de afirmação e permitir que expresse de forma adequada os seus sentimentos e pensamentos. Elogiei-a pelo trabalho que está a realizar e pela mudança de alguns comportamentos.

7ª Entrevista: O início da entrevista realizou-se com a utente e com a sua mãe, a pedido desta última. A mãe da utente agradeceu a bibliografia por mim fornecida, acerca da assertividade, referindo que também está a tentar alterar comportamentos e a ser mais assertiva. Disse também que acha que a filha está melhor, desde que iniciou este acompanhamento. A mãe da utente

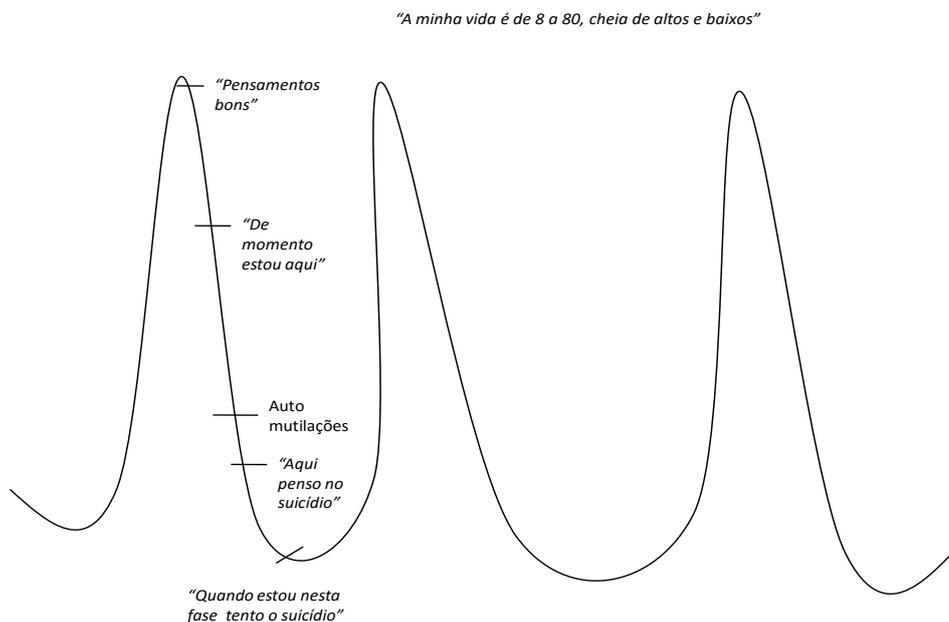
referiu ainda que a filha está mais calma; mais tranquila; ajuda mais nas tarefas de casa; não responde de forma tão agressiva a algumas solicitações; e que têm partilhado momentos de qualidade – **Comportamento assertivo melhorado**.

No decorrer da entrevista demos continuidade ao **treino assertivo**, onde realizámos a **4ª sessão**. A utente apontou situações (no espaço de duas semanas) onde foi assertiva, e como se sentiu em relação à mudança de comportamento. Depois de ter apontado as situações contou um episódio, que ocorreu na semana passada, em que adotou comportamento passivo. A jovem falou abertamente acerca dos seus sentimentos, e explicou porque adotou comportamento passivo nesta situação. Trabalhámos este episódio, onde adotámos os procedimentos de modelação e reforço positivo. A utente referiu que foi benéfico trabalharmos esta situação, para saber como pode lidar no futuro, mas que não vai “mexer” mais nela porque ficou resolvida desta forma (comportamento passivo). E que isso não a fez sentir-se mal nesta situação específica. Expliquei à utente que o trabalho realizado é para trabalharmos habilidades sociais, com vista a um aumento de capacidades para lidar com algumas situações do dia-a-dia. No entanto a utente é responsável, autónoma, e “empoderada” para tomar as suas decisões, e procurar o melhor para o seu bem-estar.

8ª Entrevista: No decorrer desta entrevista a utente explicou como se sentiu no início das intervenções. Adotou comportamento assertivo ao longo desta verbalização – **Comportamento assertivo melhorado**. E referiu: *“ao início não fui muito com a sua cara, porque pensei – o que esta me quer, não me apetece falar sobre mim, e sobre os meus problemas. Mas agora se pudesse, estava consigo mais vezes”*. A jovem referiu também que por vezes é-lhe difícil falar acerca dos seus sentimentos e ser assertiva, mas que as intervenções a têm ajudado a alterar comportamentos e a sentir-se melhor.

Perante esta informação pedi à jovem para desenhar a sua linha de vida explicando a pertinência desta intervenção. Para que a jovem entenda que é parte ativa no seu processo de cuidados, e para uma melhor compreensão para ambas, como a jovem vê a sua vida. A LC desenhou esta última com picos (altos e baixos), e disse que neste momento: *“encontro-me no meio, a caminhar para o bem”*.

Esquema: “A minha vida”



Depois de termos analisado a linha de vida, que a jovem desenhou, realizámos a 5ª sessão do **treino assertivo**, onde adotámos os procedimentos de modelação e reforço positivo. A utente referiu que tem sido ligeiramente mais assertiva no dia-a-dia, considerando que não tem sido agressiva nas respostas e na postura que adota – **Comportamento assertivo melhorado**. Elogiei-a pela alteração comportamental e pelo discurso.

9ª Entrevista: No início da entrevista a utente referiu que esta semana vomitou, porque quer emagrecer um pouco: “*não quero perder muito peso, mas emagrecer um pouco, estou gorda*” – **Coping comprometido e imagem corporal comprometida**. Perante esta informação decidi realizar ensino acerca da alimentação saudável e exercício físico explicando a pertinência da intervenção. A jovem mostrou alguma renitência em adotar comportamento alimentar saudável, no entanto acordou comigo que não vai provocar o vómito, e que vai tentar controlar esse impulso.

Como tarefa de casa entreguei e expliquei à utente acerca dos exercícios de auto conhecimento (Anexo IV), intitulado – uma breve análise do eu: eu comigo, eu com o outro e eu com os outros. Com o objetivo de facilitar o autoconhecimento pessoal; o desenvolvimento e compreensão das relações no grupo (Chapman, 1995-2005); e para melhor perceção, por parte da utente, das suas capacidades e pontos positivos. Contribuindo para o aumento da auto estima, levando a uma maior satisfação com a sua imagem corporal. Pois a utente refere que a baixa auto estima e a sua perceção em relação à sua imagem, muitas vezes está relacionada com

comentários alheios: “às vezes dizem, oh L estás mais gorda, que andas a fazer?”, “Depois sinto-me mal, e não gosto de mim” – **Baixa auto estima atual e imagem corporal comprometida**.

Depois de entregar à utente os trabalhos de casa, esta referiu como estratégias, controlar o impulso para não provocar o vómito; continuar a frequentar o curso de maquilhagem; e depois iniciar o curso de cabeleireira: “*assim estou ocupada, sinto-me melhor, tenho andado cansada, mas é um cansaço bom*” – **Tristeza melhorada**. Elogiei-a pelo seu discurso e comportamento.

No decorrer desta entrevista demos continuidade ao **treino assertivo** tendo sido realizada a **6ª sessão** do mesmo. A utente expos três episódios que ocorreram esta semana, em que adotou comportamento agressivo – um com a sua mãe; outro com o namorado; e outro com a formadora do curso de maquilhagem – **Comportamento assertivo comprometido**. A utente referiu ainda que após adotar comportamento agressivo arrependeu-se, e resolveu os conflitos de forma assertiva, sentindo-se melhor pelo facto de ter adotado este comportamento.

10ª Entrevista: Inicialmente efetuámos a análise dos exercícios de auto conhecimento, entregues na entrevista anterior como trabalho de casa. A jovem referiu: “*a minha mãe gostou, e diz que esta forma de trabalharmos é boa para mim e ajuda-me a ter uma noção diferente daquilo que sou*”. “*Eu respondi o que achei que era mais fácil e mais curto*”. Expliquei à utente a importância dos exercícios e do trabalho que realizamos juntas, tendo esta referido: “*eu se pudesse estava consigo todos os dias, falava consigo todos os dias, faz-me bem e eu gosto*”.

No decorrer da entrevista a utente disse que está descontente com o seu corpo: “*estou gorda*” – **Imagem corporal comprometida**, pelo que reforcei o ensino acerca de alimentação saudável e exercício físico; e da importância de adotar comportamentos saudáveis, ajudando a aumentar a sua satisfação em relação à sua imagem e aumento da auto estima. Ao longo da realização dos ensinamentos a utente referiu que não tem vomitado, e apontou como estratégias que tem efetuado, controlar o impulso de vómito; lidar com as situações de forma um pouco mais assertiva; e adota estratégias de enfrentamento mais eficazes – **Coping melhorado**. Elogiei-a por controlar o impulso de vómito e por adotar estratégias de enfrentamento mais eficazes.

No término da entrevista pedi à jovem, como tarefa de casa, para a mãe da mesma escrever situações em que a filha tem sido assertiva, e como acha que esta se sente em relação à mudança comportamental. Este trabalho de casa foi pedido à mãe da utente, com o objetivo de continuar a envolver a mesma no processo de cuidados, e para que a jovem tenha melhor perceção das alterações que tem efetuado, e que a sua mãe está presente e observa essas mesmas alterações.

11ª Entrevista: Esta entrevista foi realizada com a utente e com a sua mãe, num gabinete calmo e acolhedor, no Centro de Saúde de Estremoz (área de residência da utente). Antes da realização da presente entrevista conversei com o psiquiatra que acompanha a utente, pois a jovem disse à sua mãe que consome droga. No decorrer desta verbalização foram efetuadas análises de sangue e urina, no Centro de Saúde de Estremoz. Os resultados foram negativos para tóxicos.

No início da entrevista dei espaço e tempo à utente para falar acerca dos seus sentimentos, e verbalizar a situação acerca dos consumos de drogas. A jovem apresentou discurso manipulador, sedutor e de vitimização, referindo: *“tenho medo que se estiver melhor as intervenções terminem, porque me estão a fazer bem”*. Esclareci dúvidas e expliquei à utente a importância das intervenções e do feedback dela em relação às mesmas. A jovem referiu que vai tentar ser mais assertiva, e lidar com as frustrações de outra forma.

Depois deste esclarecimento a jovem referiu que consome pólen, bolota, haxixe e cocaína. Quando a questioneei como compra a droga, a utente refere que a compra em Estremoz. No entanto, passados alguns minutos referiu que é um amigo que lhe dá a droga. Diz que contou à mãe acerca dos consumos porque se estava a sentir viciada. Após esta verbalização falámos do resultado das análises de sangue e de urina. Depois de termos conversado acerca do resultado das análises, a utente referiu: *“isso sai do organismo ao fim de 3 dias”*. Perante esta informação decidi realizar ensino acerca das drogas, e expliquei a pertinência desta intervenção. Após este ensino a jovem apresentou fâcias tenso, labilidade emocional, e referiu que assim não sabe explicar porque as análises deram negativo: *“se calhar é porque eu não consumo cocaína, só experimentei para aí há 1 ano”*.

No decorrer desta intervenção a utente evitou várias vezes o assunto dos consumos, tendo dito: *“eu já não consumo, está tudo resolvido”*. A mãe da utente explicou que a relação de ambas está muito bem, que se dão muito bem, conseguem resolver os conflitos de forma assertiva, e que tirou a utente do curso de maquilhagem. Após esta explicação pedi à mãe da jovem para se retirar do gabinete, havendo a necessidade de realizar esta parte da entrevista apenas com a jovem. Questionei a jovem se a verbalização de consumos está relacionada com a vontade de desistir do curso de maquilhagem. A utente respondeu que não, porém disse: *“eu ao início gostava do curso, mas agora estava cansada e com sono, já não aguentava aquilo”*. *“Estava farta das conversa e da A (colega de curso) que não me pára de chatear e está sempre a meter-se na minha vida, e eu não sei como resolver a situação para ela não me chatear mais”* – **Coping comprometido**. *“Mas agora vou pensar mais em mim e cuidar da minha saúde, e depois recomeçar”*. Quanto ao curso de cabeleireira que ia frequentar, diz que ainda não sabe, porque essa colega (a A) também vai para o curso. Após ter realizado esta parte da entrevista apenas com a utente solicitei à mãe da utente o seu regresso ao gabinete. A mãe da utente tendo regressado ao gabinete, referiu que agora vai inscrever a filha num curso profissional em

Estremoz (que a mãe também frequenta). A mãe também marcou consulta no CRI de Évora para hoje, devido a esta verbalização de consumos de drogas, por parte da utente.

Depois de termos conversado acerca dos consumos de drogas, falámos em relação ao vómito. A jovem referiu que tem vomitado, mas menos, diz que se tenta controlar. A mãe da utente diz que a filha se tem alimentado bem – **Comportamento alimentar melhorado e Peso melhorado**, e que não percebe quando esta vomita, porque estão juntas em casa *“e não vejo ela a vomitar e nem sei se realmente o faz, ou se só diz que faz”*. Perante esta informação decidi realizar novamente ensino sobre a importância da alimentação saudável e exercício físico. A mãe da utente referiu que a filha vai começar a frequentar as piscinas em Estremoz, em aulas de natação, duas vezes por semana.

Depois de ter realizado o ensino analisámos o trabalho de casa que pedi à mãe da utente na entrevista anterior. Esta apontou as situações em que a filha tem sido assertiva e referiu que a filha está melhor, mais estável mais calma, têm um melhor relacionamento, e resolvem os problemas e conflitos de forma mais eficaz e benéfica. Referiu também que a utente se sente: *“tensa com a situação da colega na escola”*. *“No entanto acho que ela tem crescido, está mais segura de si em relação aos objetivos futuros, e mais aberta comigo”*.

Depois desta exposição demos continuidade ao **treino assertivo**, onde realizámos a **7ª sessão** do mesmo, com base na situação com a colega (A) que a utente falou. Nesta sessão adotámos os procedimentos de modelação e reforço positivo. A utente referiu que com esta colega não consegue ser assertiva, e adota comportamento passivo, porque ela é mentirosa e manipuladora. A utente referiu também, alguma dificuldade em alterar comportamentos, e afirmar-se de forma assertiva – **Comportamento assertivo comprometido**.

No fim da entrevista, como tarefa de casa, para uma melhor compreensão da sua alteração comportamental, solicitei à utente para escrever como se sentia antes e porque se sentia assim, e como se sente agora, e o que mudou e o que tem feito de forma diferente.

12ª Entrevista: No decorrer desta entrevista ao abordarmos os consumos de tóxicos, a utente referiu que já não consome. Porém, evita o assunto e mostra-se ligeiramente ansiosa com os resultados das análises a tóxicos, que efetuou no CRI, e que novamente foram negativos para tóxicos. Disse que tem estado um pouco ansiosa – **Ansiedade atual** nos últimos dias, porque quer ingressar numa comunidade terapêutica. Quando a questioneei sobre esta decisão e vontade, se se deve a deixar os consumos, a utente diz que não. A jovem disse que já não consome, e *“quero ir porque estou farta de Estremoz. Não tenho nada para fazer”* – **Coping comprometido**. Incentivei-a a ponderar melhor acerca desta vontade e decisão.

Depois desta conversa a utente mudou de assunto, evitando novamente continuar a falar dos consumos. A jovem referiu que não está contente com a sua imagem corporal – pesa 59 kg:

“estou cada vez mais gorda”. “Mas eu não provoço o vômito, eu vomito porque como muito e depois fico tão cheia e mal disposta que a comida sai, mas eu não meto os dedos à boca nem quero vomitar” – **Imagem corporal comprometida**. Incentivei-a mais uma vez, a adotar hábitos de vida saudáveis – como praticar exercício físico e alimentação saudável. A utente disse: “já comecei a fazer exercício como me sugeriu e agora estou a alimentar-me melhor, até já como sopa” – **Comportamento alimentar melhorado**. Elogiei-a pela mudança de hábitos.

Incentivei a jovem a adotar novas estratégias, mais benéficas e saudáveis e a procurar momentos de distração, tais como ler, escrever, desenhar. A jovem referiu: “tento fazer isso e ver alguns filmes, mas depois farto-me”. Diz também que não se inscreveu no curso de cabeleireira, porque quer ir para uma comunidade terapêutica. E disse: “nunca tive regras, a minha mãe nunca as impôs e houve momentos na minha vida que precisei e estive sozinha, pelo que agora é-me mais difícil ter regras e viver com elas. Eu penso que posso, quero e mando” – **Coping comprometido e comportamento assertivo comprometido**. Elogiei-a por conseguir analisar o seu comportamento e atitudes, e estar a procurar forma de lidar com os mesmos para alterá-los.

No decorrer desta entrevista efetuámos a análise do trabalho de casa que pedi na entrevista anterior, tendo a utente referido que antes se sentia: “agressiva; pensava mais nos outros; e fazia as coisas sem pensar”. Agora sente-se: “um pouco mais aliviada; penso mais em mim; peço ajuda; e tenho projetos para o futuro” – **Auto estima melhorada e tristeza melhorada**. “Acho que mudei um pouco a minha maneira de pensar, tenho estado mais calma, mais tolerante com a minha mãe e isso tem-me ajudado bastante”. Elogiei-a por ter realizado o trabalho de casa e por ter feito a sua análise, pois a utente refere que não gosta de realizar os mesmos porque tem de pensar muito nas coisas e analisá-las.

13ª Entrevista: A jovem no dia a seguir à entrevista anterior teve consulta com a psicóloga em Estremoz, tendo referido à psicóloga que quer ingressar numa comunidade terapêutica, e que se fosse para casa naquele momento se atirava da varanda. A psicóloga contactou a mãe da utente, e esta levou a filha ao serviço de urgência do HESE. A utente ficou internada no DPSM. Pelo que esta entrevista foi realizada no DPSM – internamento, num gabinete calmo e acolhedor, livre de distrações e que permitiu a segurança e privacidade da utente.

No início desta entrevista começámos por abordar esta situação (que levou ao internamento). Questionei a jovem acerca de ideação suicida, tendo esta referido que teve uma recaída porque está farta de estar em casa sem fazer nada, e quer ir para uma comunidade “mudar de ares” – **Coping comprometido**. Ao longo da entrevista apresentou humor tendencialmente deprimido, porém fácies sorridente por períodos. Diz que agora está internada e que isso lhe faz bem, era o que queria para não estar em casa – **Coping comprometido**. Perante

esta verbalização incentivei a jovem a procurar novas estratégias para lidar com as situações. A utente desvaloriza alguns comportamentos que adota, e diz que está mais estável e mais assertiva, mas que é difícil alterar alguns comportamentos e formas de lidar com a frustração. Ao longo da entrevista prestei apoio emocional através de instilação de esperança e escuta ativa. No término da mesma a utente mantinha fâcies sorridente e postura tranquila.

14ª Entrevista: Realizei entrevista à L no DPSM – internamento. Ao longo da entrevista a utente apresentou postura retraída e cabisbaixa, humor deprimido e fâcies entristecido, porém esboçou pequenos sorrisos. Não verbalizou ideação suicida e desvalorizou os comportamentos e verbalizações relacionados com a mesma. Incentivei-a, mais uma vez, a procurar novas estratégias, mais benéficas para lidar com as situações e as frustrações.

Perante as verbalizações da utente ao longo das entrevistas decidi realizar ensino e esclarecer dúvidas acerca do diagnóstico médico (perturbação borderline da personalidade), e expliquei a importância desta intervenção. O esclarecimento de dúvidas e ensino acerca deste transtorno teve como objetivo "empoderar" a utente, visando o aumento da sua autonomia e responsabilidade pelo seu tratamento e processo de cuidados. Para que altere alguns comportamentos e procure adotar hábitos de vida mais saudáveis. Expliquei à utente acerca da ideia que a mesma tem de abandono e sentimento de culpa e que causa mal aos outros; sobre a dificuldade em assumir responsabilidades, tais como o curso que frequentava, que não terminou, relacionamentos amorosos que relata estar tudo bem e passado uns dias termina; e sobre adotar discurso manipulador como forma de obter o que deseja, e porque não tem conseguido lidar com as situações de outra forma – **Coping comprometido**.

No final da entrevista, como trabalho de casa, solicitei à utente para escrever acerca dos seus pontos positivos e capacidades, de forma a incentivar a utente a pensar nos mesmos e percebê-los, para que se sinta mais confiante e aumente a auto estima.

15ª Entrevista: Inicialmente a jovem referiu que não fez as tarefas de casa porque não gosta de as fazer, e não estava interessada. Foi mais uma vez explicado que é parte ativa do tratamento, e pedi à utente para ser assertiva comigo e explicar a situação – **Comportamento assertivo comprometido**. A jovem esteve algum tempo em silêncio, tendo referido depois que estava chateada porque a confrontei com algumas situações, relacionadas com os seus comportamentos e discurso manipulador, tendo nesse momento adotado comportamento assertivo.

No decorrer da entrevista esclareci as dúvidas da utente, e realizámos a **8ª sessão de treino assertivo**, onde adotámos os procedimentos de ensaio comportamental, modelação e reforço positivo. A utente agradeceu e pediu desculpa pelo comportamento passivo-agressivo que adotou antes. No decorrer da sessão apresentou humor tendencialmente eutímico, fâcies

sorridente, bom contacto interpessoal, e falou abertamente acerca dos seus sentimentos e emoções.

No término da entrevista a utente referiu que não tem vomitado, e que está contente porque emagreceu alguns quilos (pesa agora 53 kg). Perante esta informação considerei pertinente reforçar o ensino acerca da alimentação saudável, tendo a utente mostrado mais interesse e receptividade, do que em entrevistas anteriores, pedindo para juntas fazermos um plano alimentar. Fizemos o plano alimentar, tendo a jovem mostrado agrado com o mesmo. Após termos realizado o plano alimentar considerei importante voltarmos a abordar a temática sexualidade, pois em entrevistas anteriores a jovem evitava o assunto. Reforcei o ensino acerca da sexualidade, e entreguei bibliografia acerca do tema, para que a utente procure adotar hábitos saudáveis e se sinta mais confiante para abordarmos esta temática.

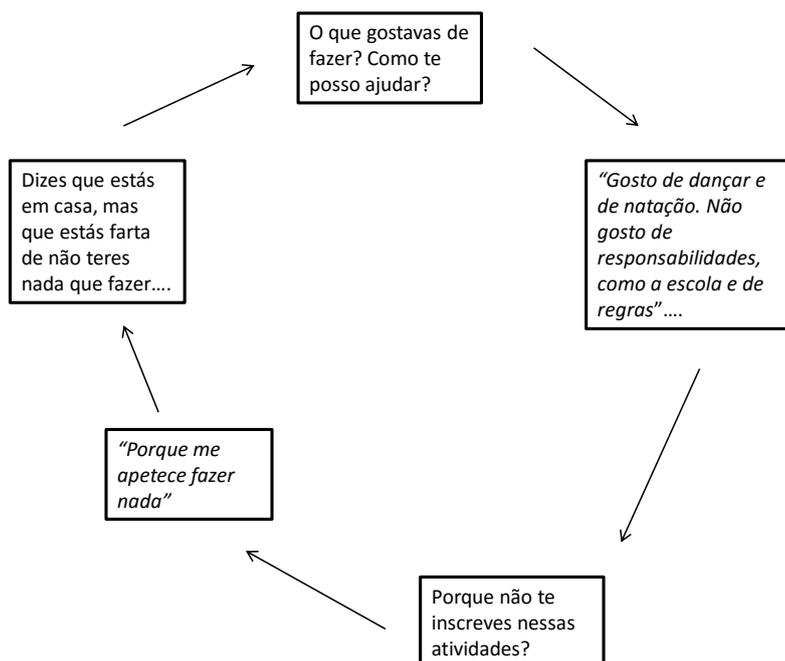
No final da entrevista a utente pediu como trabalho de casa fazer um desenho e trazer na próxima entrevista.

16ª Entrevista: A entrevista foi realizada num gabinete calmo e acolhedor no DPSM – consulta externa (a jovem teve alta do internamento). A utente apresentava humor tendencialmente eufímico, fâcies sorridente, postura tranquila, discurso manipulador por períodos, tentando realizar clivagem¹⁴ entre os técnicos e serviços, referindo situações que o psiquiatra que a acompanha não mencionou ter referido. Confrontei a jovem com estas discrepâncias nas informações que me facultou, tendo esta referido que talvez tenha percebido mal e pediu desculpa.

No decorrer da entrevista a utente referiu: “*não penso no suicídio*”. Falámos acerca da morte e do significado da mesma. Porque a utente na entrevista anterior pediu para fazer um desenho como trabalho de casa, e hoje trouxe um desenho de uma caveira. Depois de falarmos sobre este tema a jovem disse que gosta de caveiras, mas não pensa na morte: “*gosto dos desenhos de caveira, é um pouco rock e rebelde, mas para mim não tem nada a ver com a morte*”. “*Tive vontade de desenhar apenas uma linha*”. Solicitei à jovem para realizar esse desenho (a linha) e explicar o seu significado. A utente referiu: “*representa sem destino e sem regras*”. Depois de desenhar esta linha e abordarmos acerca do significado da mesma, a utente disse que está farta de viver em casa da mãe, e não gosta de Estremoz porque não tem nada para fazer. Nesse momento representei por linguagem simbólica o que a utente referiu.

¹⁴ Clivagem é um substantivo feminino e está relacionada com o ato de clivar, dividir ou separar, estando presente em várias áreas do conhecimento humano. Neste caso a utente está a tentar dividir os técnicos, dizendo-lhes o que mais lhe agrada e referindo que foram os outros técnicos, que a acompanham que o disseram.

Esquema: Ciclo – “a minha vida atualmente”



Após a realização do presente esquema a utente percebeu que está perante um ciclo. Pelo que considerei pertinente incentivar a jovem a pensar em estratégias para lidar com as situações, e pedi à jovem para pensar em novas estratégias, mais benéficas, para lidar com as frustrações e melhorar o enfrentamento.

17ª Entrevista: No início da entrevista a utente apresentava postura e comportamento agressivo e desafiador – **Comportamento assertivo comprometido**. Ao longo da entrevista falei em tom de voz baixo e calmo, e adotei postura assertiva e firme por períodos. Reforcei o ensino acerca da assertividade, tendo a jovem mostrado pouca recetividade. Disse que a mãe foi a nova consulta no CRI, para escolha de nova comunidade terapêutica, tendo escolhido duas: “*são as que talvez me aceitem*”, uma em Braga e outra em Cascais: “*mas eu já não sei se quero ir, queria, mas agora já não quero*”. Nesse momento confrontei a jovem, de forma assertiva, acerca dos seus objetivos e situações mencionadas em entrevistas anteriores. Esta referiu: “*eu faço o que quero, não quero mudar, se hoje quero uma coisa faço, se amanhã já não quero, não faço*” – **Coping comprometido**.

Fiz um resumo sobre as intervenções que temos vindo a realizar, com o objetivo de responsabilizar a jovem pelo seu tratamento e “empoderá-la”, para busca de comportamentos mais saudáveis. A jovem referiu: “*eu já não quero mais as intervenções*”. Após esta

verbalização expliquei a importância das intervenções, e mencionei as alterações, capacidades e sucessos da utente, ao longo das intervenções realizadas. Terminei a entrevista mostrando disponibilidade, para se mudar de ideia e quiser fazer parte das mesmas entrar em contacto comigo.

18ª Entrevista: No dia a seguir à realização da entrevista anterior (16ª) a utente contactou-me telefonicamente. Conversei com esta e marcámos entrevista para o próprio dia. No início desta entrevista a utente começou por pedir desculpa por ontem ter adotado atitude mais agressiva, e ter dito que queria desistir das intervenções: *“eu não quero desistir, você tem-me ajudado muito, e apesar dos meus comportamentos, às vezes sinto-me melhor”*. *“Ontem fui má para si e arrependi-me logo”*. Conversei com a utente sobre a importância da adoção de comportamento assertivo, ao contrário do agressivo. Pois, segundo a utente, após ter adotado comportamento agressivo sentiu-se: *“triste, culpada e em baixo”*.

Ao longo da entrevista a utente apresentou humor eutímico, fâcies sorridente – **Tristeza melhorada**, agradeceu as intervenções e o apoio prestado. A jovem expressou sentimentos e emoções abertamente, adotou comportamento assertivo, negou ideação suicida e vómito. Elogiei-a pelo seu comportamento e discurso assertivo ao longo da entrevista. A jovem referiu: *“eu tenho dificuldade em lidar com isso, às vezes expludo e sou muito impulsiva, tenho de mudar isso porque não me sinto bem depois”* – **Comportamento assertivo comprometido e coping comprometido**. Elogiei-a pelo seu discurso e fiz reforço para mudança comportamental.

Relativamente ao ingresso na comunidade terapêutica a utente disse que tem entrevista em comunidade terapêutica em Cascais na próxima semana, referindo algum receio: *“não sei se vou gostar, o meu objetivo há umas semanas era ir, mas agora já não sei se quero, depois há regras e eu não sei como me vou dar”*. Perguntei: Quando decidiste ingressar numa comunidade foi com que objetivo? A jovem respondeu: *“era para mudar de ares, estou farta de Estremoz. Mas também para mudar de vida”*. Expliquei à utente que o ingresso na comunidade partiu de um pedido seu, e é uma decisão sua. E que poderá ser benéfico, se a utente aproveitar a ajuda dispensada pelos técnicos e serviços disponíveis.

19ª Entrevista: Ao longo da entrevista a jovem falou acerca da relação com a mãe, referindo: *“eu não tenho regras, nunca as tive. A minha mãe nunca mas impôs e não vai ser agora”*. Incentivei-a a adotar comportamento assertivo na resolução de conflitos, e a trabalhar e alterar comportamentos que possam ser prejudiciais para si e para os outros. A jovem referiu: *“é difícil fazer isso, mas eu sei que assim não posso continuar”*. Falámos sobre a forma como lida com as frustrações, onde a utente referiu: *“tenho vindo a tentar mudar algumas coisas e a adotar outros comportamentos”*. Falámos sobre a importância das regras e do viver em sociedade,

onde a utente referiu: “*tenho vindo a perder amigos e namorados, por causa do meu feitio*”. Mais uma vez reforcei a importância de adoção de comportamentos e hábitos de vida saudáveis.

No término da entrevista apliquei o BDI-II, apresentando estado de depressão moderado a grave - *score* 27. Apliquei também os indicadores de resultados como forma de validar as intervenções realizadas e resultados obtidos.

Indicadores de resultados (Anexo VI) – respostas da jovem:

- 1 - Auto estima “*aumentou*” – **Auto estima melhorada;**
- 2 - Enfrenta os problemas “*da mesma forma*” – **Coping comprometido;**
- 3 - Manteve o comportamento, agressivo, “*mas um pouco mais assertivo*” – **Comportamento assertivo comprometido;**
- 4 - Não se isola, “*nunca me isolei*”;
- 5 - Em relação ao bem-estar, diz sentir-se melhor – **Tristeza melhorada;**
- 6 - Sente-se “*melhor com o seu corpo*” – **Imagem corporal melhorada;**
- 7 - Diz que se alimenta melhor, “*e não vomito*” – **Comportamento alimentar melhorado e peso melhorado;**
- 8 - Diz que a satisfação com a vida, depende das situações;
- 9 - A ansiedade “*diminuiu*” – **Ansiedade melhorada;**
- 10 – Em relação à segurança/insegurança, “*sente-se na mesma*” – **Coping comprometido e comportamento assertivo comprometido;**
- 11 - Relativamente à avaliação das intervenções: diz que a ajudaram: “*falar consigo faz-me sentir melhor*”.

Suporte à família e envolvimento da família

Entrevista com a mãe da utente: Realizei entrevista com a mãe da utente, a pedido da mesma, tendo esta referido que a filha ficou chateada com ela, porque a mãe a confrontou com algumas situações do passado. E referiu que muitas coisas que a filha lhe tem vindo a mencionar e afirmar não podem ser verdadeiras. A mãe da utente disse também que a filha é manipuladora, e que quando não vão de encontro ao que ela quer, atira-se para o chão, ou diz que se vai matar. Perante esta informação decidi ensinar acerca do diagnóstico médico da filha (perturbação borderline da personalidade) e reforcei o ensino acerca da assertividade, explicando a pertinência desta intervenção. A mãe da utente referiu: “*isso tem ajudado, mas ela também tem de querer mudar, porque ela inventa coisas, até inventa que está mal e não está, para ter atenção*”. Prestei apoio emocional à mãe da jovem, através de escuta ativa, toque terapêutico, instilação de esperança e diálogo terapêutico.

Conversa telefónica com a mãe da utente: A mãe da utente contactou-me telefonicamente, e disse que não entende os comportamentos da filha. Porque há uma semana ela estava bem, mais estável e mais tranquila (referindo-se ao internamento da filha no DPSM). A mãe da utente disse ainda: *“ela faz coisas para chamar a atenção. Já não sei quando ela está a mentir ou quando está a ser verdadeira”*. Depois desta verbalização esclareci as dúvidas da mãe da utente, e prestei-lhe apoio emocional, tendo esta agradecido.

Articulação com profissionais que acompanham a utente

Discussão do caso clínico com o psiquiatra do DPSM: A utente deslocou-se à urgência e referiu consumos de tóxicos, no entanto, as análises realizadas deram negativo. Ao discutirmos o caso clínico em equipa percebemos que a verbalização de consumos (não se verificando os mesmos aquando da realização das análises), pode ser uma forma de ganho secundário para a utente (chamada de atenção da mãe, chamada de atenção do técnicos).

Discussão do caso clínico com a equipa: As análises efetuadas a pesquisa de tóxicos estão negativas. Conversei com a equipa do DPSM responsável pela área de residência da utente acerca do caso clínico. Percebendo mais uma vez que a utente apresenta alguns comportamentos reativos a frustrações e como ganhos secundários (atenção da mãe e dos técnicos).

Discussão do caso clínico com os psiquiatras do DPSM: Percebemos que existem discrepâncias nas informações facultadas pela utente. A equipa partilha da opinião que a utente apresenta discurso manipulador, sedutor e de vitimização, referindo algumas situações de forma a ter atenção dos técnicos, da mãe e como ganho secundário.

Discussão do caso clínico com o psicólogo que acompanha a utente no CRI: Falámos várias vezes ao telefone para discussão do caso clínico, onde o psicólogo referiu: *“ela está a tentar fazer clivagem com os serviços. Enviei uma proposta para ela ingressar numa comunidade, estamos a aguardar resposta”*.

Tabelas de avaliação da evolução clínica da jovem LC

Avaliações	1ª Avaliação de diagnóstico	2ª Avaliação	3ª Avaliação	4ª Avaliação	5ª Avaliação
Indicadores					
Estratégias e capacidades do adolescente	Diz que quer ser enfermeira e que sabe que tem de estudar muito para isso. - Vai-se inscrever no 9º ano; - Tirar a carta de condução; - Ser acompanhada para que a possam ajudar a <i>“ultrapassar isto e alterar algumas atitudes e comportamentos”</i> .	Conseguir controlar-se para não vomitar - Mostra alguma eficácia no controlo dos impulsos relacionados com o vómito.	Tem controlado o vómito, pelo que refere que não tem vomitado.	Não tem vomitado.	Sem vómito Adotou estratégias para lidar com algumas situações.
Comunicação	Expressa-se normalmente, não divaga e mantém o tema.	Discurso ligeiramente infantilizado, manipulador e sedutor.	Discurso menos infantilizado Postura tranquila.	Discurso adequado. Porém mantém comportamento assertivo comprometido.	Discurso adequado
Humor	Deprimido	Deprimido	Ligeiramente deprimido	Ligeiramente deprimido	Eutímico
Vontade de Viver	Não verbaliza ideação suicida	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido
Imagem corporal	Descontente com o corpo. Diz que não é bonita.	Descontente com o corpo.	Descontente com o corpo.	Diz que não quer aumentar mais de peso.	Melhor em relação ao corpo.
Auto estima	Baixa auto estima	Baixa auto estima	Baixa auto estima	Baixa auto estima	Denota-se um aumento de auto estima.
Coping	Comprometido	Comprometido	Ligeiramente mais eficaz. Tem controlado impulsos relacionados com o vómito.	Comprometido	Melhorado
Ansiedade	Não refere	Não refere	Não refere	Não refere	Não refere
Tristeza	Presente	Entristecido por períodos.	Esboça pequenos sorrisos.	Fácies entristecido e labilidade emocional quando aborda algumas situações.	Fácies sorridente
Interação social	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido

Avaliações Indicadores	6ª Avaliação	7ª Avaliação	8ª Avaliação	9ª Avaliação	10ª Avaliação
Estratégias e capacidades do adolescente	Mantém estratégias	Mantém estratégias	Mais assertiva, a mãe refere que está mais calma, mais tranquila e não é agressiva com esta.	Continuar a frequentar o curso de maquilhagem e depois ingressar no curso de cabeleireira.	Conseguir controlar-se para não se magoar e não vomitar. Lidar com situações de forma mais assertiva.
Comunicação	Discurso adequado	Discurso adequado postura tranquila. Comportamento assertivo melhorado.	Discurso adequado Assertiva	Conseguiu ser assertiva porém após comportamento agressivo, mantendo comportamento assertivo comprometido.	Discurso adequado Fala abertamente e espontaneamente de sentimentos e emoções.
Humor	Eufímico	Eufímico	Eufímico	Tendencialmente eufímico	Eufímico
Vontade de Viver	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido
Imagem corporal	Melhorada	Melhorada	Melhorada	Diz que por vezes os outros dizem que ela está gorda e depois fica a pensar nisso.	Descontente com o corpo, diz que está gorda.
Auto estima	Mantém um ligeiro aumento da auto estima.	Mantém um ligeiro aumento da auto estima.	Mais confiante, mais segura, aumento da auto estima.	Ligeira melhoria, porém mantém baixa auto estima.	Ligeiro aumento da auto estima. Aspeto cuidado e arranjada, preocupa-se consigo, com o corpo, maquilhagem e a forma de vestir.
Coping	Melhorado	Mais segura, adota algumas estratégias de enfrentamento, mais eficazes.	Ligeiramente mais eficaz.	Ineficaz. Esta semana teve dificuldade em controlar o impulso de provocar o vómito. Mas acordou comigo que vai adotar estratégias para o fazer.	Adota algumas estratégias de enfrentamento eficazes.
Ansiedade	Não refere	Não refere	Não refere	Não refere	Não refere
Tristeza	Fácies sorridente	Fácies sorridente	Fácies sorridente	Fácies sorridente por períodos	Fácies sorridente
Interação social	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido

Avaliações Indicadores	11ª Avaliação	12ª Avaliação	13ª Avaliação	14ª Avaliação	15ª Avaliação
Estratégias e capacidades do adolescente	Diz que lida com as situações de forma mais eficaz, mas não aponta como. Comportamento alimentar melhorado.	Menos agressiva, mais calma e tolerante. Iniciou exercício físico e alimentação ligeiramente mais saudável.	Não apresenta estratégias.	Não apresenta estratégias.	Não apresenta estratégias.

Comunicação	Manipulador, sedutor e de vitimização. Comportamento assertivo comprometido.	Discurso adequado Fala abertamente e espontaneamente de sentimentos e emoções.	Discurso algo manipulador e de vitimização.	Postura retraída e cabisbaixa, respondendo com frases curtas. Comportamento assertivo comprometido.	Discurso adequado no decorrer da entrevista, porém mantém comportamento assertivo comprometido.
Humor	Embora apresente fâcias sorridente na maior parte da entrevista. Apresentou humor tendencialmente deprimido.	Tendencialmente eufímico	Tendencialmente deprimido	Deprimido	Tendencialmente eufímico
Vontade de Viver	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não verbaliza ideação suicida	Não verbaliza ideação suicida
Imagem corporal	Mantém descontentamento em relação à sua imagem.	Mantém descontentamento em relação à sua imagem.	Mantém imagem corporal comprometida	Mantém imagem corporal comprometida.	Diz que está mais contente porque pesa 53 kg – Imagem corporal melhorada.
Auto estima	Aspeto cuidado e aceita elogios, agradecendo os mesmo.	Ligeira melhoria, porém mantém baixa auto estima.	Ligeira melhoria, porém mantém baixa auto estima.	Ligeira melhoria, porém mantém baixa auto estima. Esboça sorrisos e agradece quando elogiada pela sua aparência cuidada.	Ligeira melhoria, porém mantém baixa auto estima.
Coping	Ineficaz. Não tendo adotado estratégias eficazes de enfrentamento para lidar com a frustração.	Diz que se sente mais aliviada, pede ajuda quando precisa e mudou a sua maneira de pensar – No entanto mantém coping comprometido.	Comprometido	Comprometido	Adota algumas estratégias de enfrentamento eficazes.
Ansiedade	Não refere, embora perceba alguma ansiedade na alteração de hábitos e comportamentos.	Refere sentir-se ligeiramente ansiosa devido ao acompanhamento no CRI	Não refere	Não refere	Não refere
Tristeza	Fâcias sorridente por períodos. Tenso quando a confrontei em relação aos consumos de tóxicos (resultado de análises negativo) e forma de lidar com frustrações.	Fâcias sorridente	Tristeza atual	Tristeza atual	Fâcias sorridente no decorrer da entrevista.
Interação social	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido

Avaliações	16ª Avaliação	17ª Avaliação	18ª Avaliação	19ª Avaliação
Indicadores				
Estratégias e capacidades do adolescente	Não provocar o vômito	Não provocar o vômito – Comportamento alimentar melhorado e peso melhorado.	Refere que sabe que tem capacidades mas por vezes não as usa da melhor forma.	Não provocar o vômito – Comportamento alimentar melhorado e peso melhorado.
Comunicação	Discurso manipulador por períodos, tentando fazer clivagem com os técnicos e serviços. Mantendo	Discurso manipulador, de vitimização e algo agressivo – Comportamento assertivo comprometido.	Comportamento assertivo ligeiramente melhorado. Discurso adequado.	Discurso manipulador e sedutor – Comportamento assertivo comprometido.

	comportamento assertivo comprometido.			
Humor	Tendencialmente eutímico	Tendencialmente eutímico	Eutímico	Eutímico
Vontade de Viver	Diz que não pensa no suicídio.	Desvaloriza as suas atitudes e comportamentos. “ <i>Isso foi só naquela altura</i> ”. – Coping comprometido.	Nega ideação suicida.	Nega ideação suicida
Imagem corporal	Refere estar contente com o seu corpo – Imagem corporal melhorada.	Melhorada	Melhorada	Melhorada
Auto estima	Melhorada	Melhorada	Melhorada	Melhorada
Coping	Comprometido. Dificuldade em lidar com frustrações e não adota estratégias de enfrentamento eficazes.	Comprometido. Adota comportamento demonstrativo e de vitimização aquando das frustrações, não usando estratégias benéficas e eficazes de enfrentamento.	Ao longo da entrevista adotou estratégia de enfrentamento mais eficazes e identificou comportamentos prejudiciais.	Refere dificuldade em alterar comportamentos e lidar com a frustração. No entanto aponta comportamentos prejudiciais para a sua saúde.
Ansiedade	Não refere	Não refere	Relacionada com a ida para comunidade.	Não refere
Tristeza	Tristeza melhorada	Melhorada	Melhorada. Fácies sorridente por períodos	Melhorada Fácies sorridente
Interação social	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido

Situação clínica AR

Entrevistas

Entrevista de avaliação diagnóstica inicial: A jovem foi-me encaminhada pela equipa de pedopsiquiatra do DPSM. A utente tem como diagnóstico: vítima de bullying; baixa auto estima; e timidez. O encaminhamento para ser acompanhada no DPSM foi feito através da sua diretora de turma, tendo esta enviado uma carta ao médico de família, que nos referenciou o caso.

A entrevista foi realizada no DPSM, num gabinete calmo, acolhedor e livre de distrações. Proporcionando segurança e privacidade à utente. A jovem tem 17 anos, sexo feminino, reside na Azaruja com os pais e com a irmã de 9 anos. Tem boa relação com a família e amigos. Frequenta o 10º ano de escolaridade.

Desde a infância que tinha um grupo de amigos constituído por 3 raparigas e 1 rapaz. Quando se encontrava a frequentar o 8º ano foi vítima de bullying (agressões verbais) por parte

deste grupo de amigos, porque iniciou namoro com um rapaz que também frequentava esta escola. Uma das amigas de infância da jovem também gostava desse rapaz, e foi nesse momento que a começaram a agredir. Em relação a esta situação a utente referiu: *“pensava que isso não me ia afetar, mas afetou.”* *“Comecei a não querer sair de casa para não os encontrar”* – **Coping comprometido**. Disse depois: *“a situação está resolvida, no final do 8º ano eles pediram-me desculpa e resolvemos tudo”*.

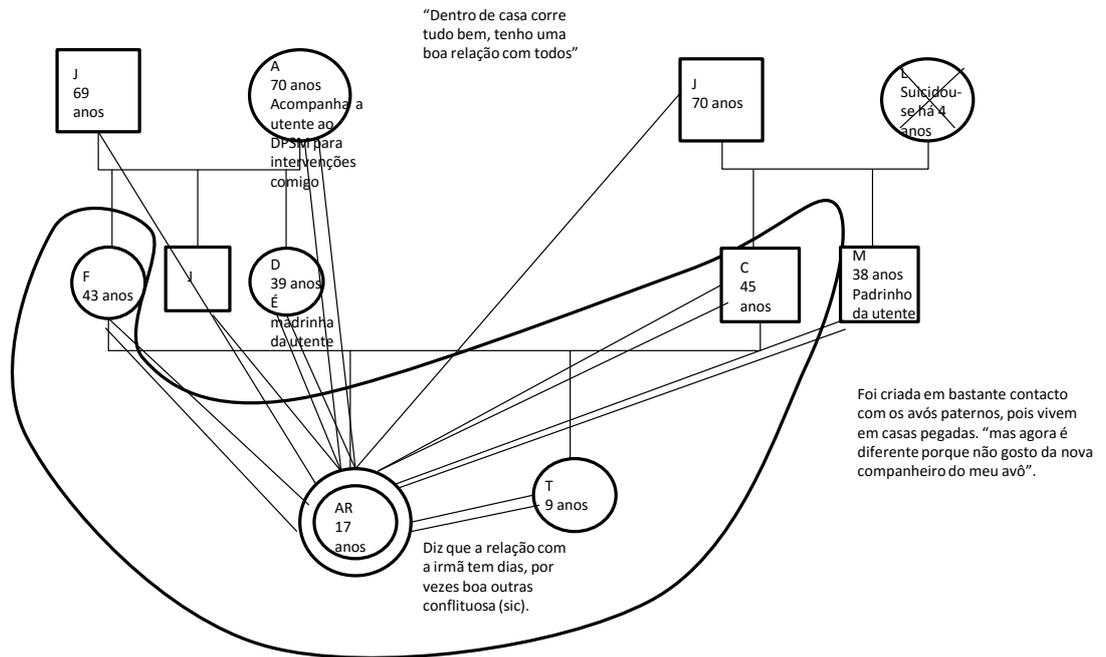
A jovem refere que agora já está melhor e que está a tentar alterar comportamentos, deixando de adotar comportamento passivo: *“estou um pouco mais faladora, e tento dizer o que se passa comigo e o que sinto, mas às vezes não consigo”* – **Comportamento assertivo comprometido**.

Em relação à relação amorosa a jovem refere que há 5 meses o ex. namorado terminou a relação, sem justificação: *“mas não me afetou muito”*. Disse também, que há 4 anos a avó paterna suicidou-se, porque descobriu que o marido (avô da utente) tinha uma amante. E atualmente o avô reside com essa senhora: *“a nossa relação com o meu avô mudou desde aí, porque não gosto muito dessa senhora”*. *“Custou-me muito, mas nunca culpei a minha avó pelo que fez”*. Sente falta da avó, pois refere que estava habituada a contar com ela. A jovem disse também que tem uma ótima relação com a diretora de turma, e que desabafa com ela.

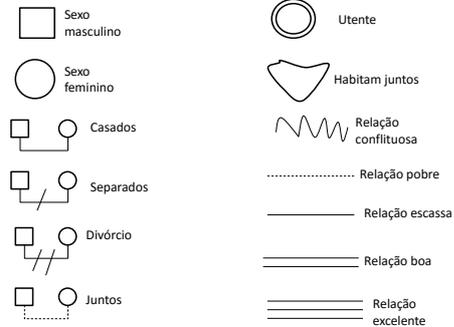
Depois de a jovem ter abordado estas situações referiu que não gosta do seu corpo: *“só gosto da cara. Sou muito magra (42 kg), mas estou na nutricionista para engordar um pouco”*- **Imagem corporal comprometida**. Não sofre de distúrbio alimentar. Quando se olha no espelho não gosta do que vê. Refere baixa auto estima – **Baixa auto estima atual** e insegurança: *“nunca fui muito confiante, às vezes penso que não tenho capacidades e só penso negativo – Tristeza atual. Para ajudar os outros e dar concelhos sou boa, e às vezes falo comigo ao espelho para treinar situações, mas não me consigo ajudar”* – **Insegurança atual**. A utente refere que sempre foi tímida e calada, que até com os pais quando lhes quer dizer algo que a constrange, escreve-lhes.

No decorrer da entrevista realizámos o genograma, para melhor perceção da dinâmica e relações familiares. A utente referiu boa relação com os membros da família, apresentando relação pobre com o avô paterno. Disse que desde que a avó se suicidou e o avô foi viver com outra senhora a relação degradou-se.

Esquema: Genograma

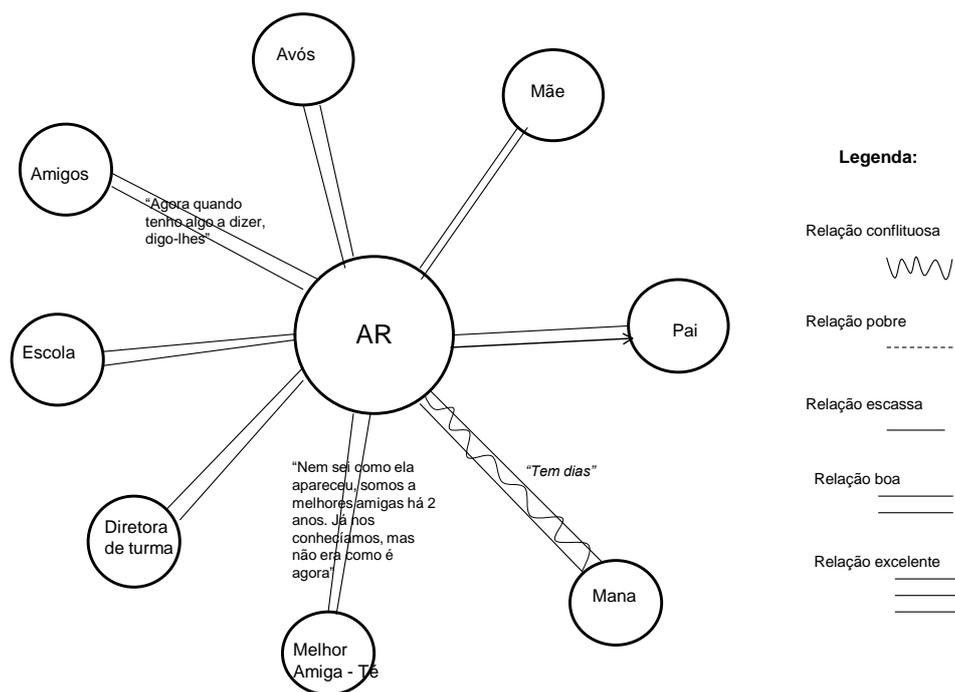


Legenda:



Depois de realizarmos o genograma desenhámos também o ecomapa, para melhor entendermos e percebermos as ligações que a adolescente tem com as pessoas e as estruturas sociais do meio em que habita. Com a realização do mesmo a utente referiu que tem uma boa relação com a escola; amigos; família; e diretora de turma, apontando a relação com a irmã como conflituosa por períodos.

Esquema: Ecomapa



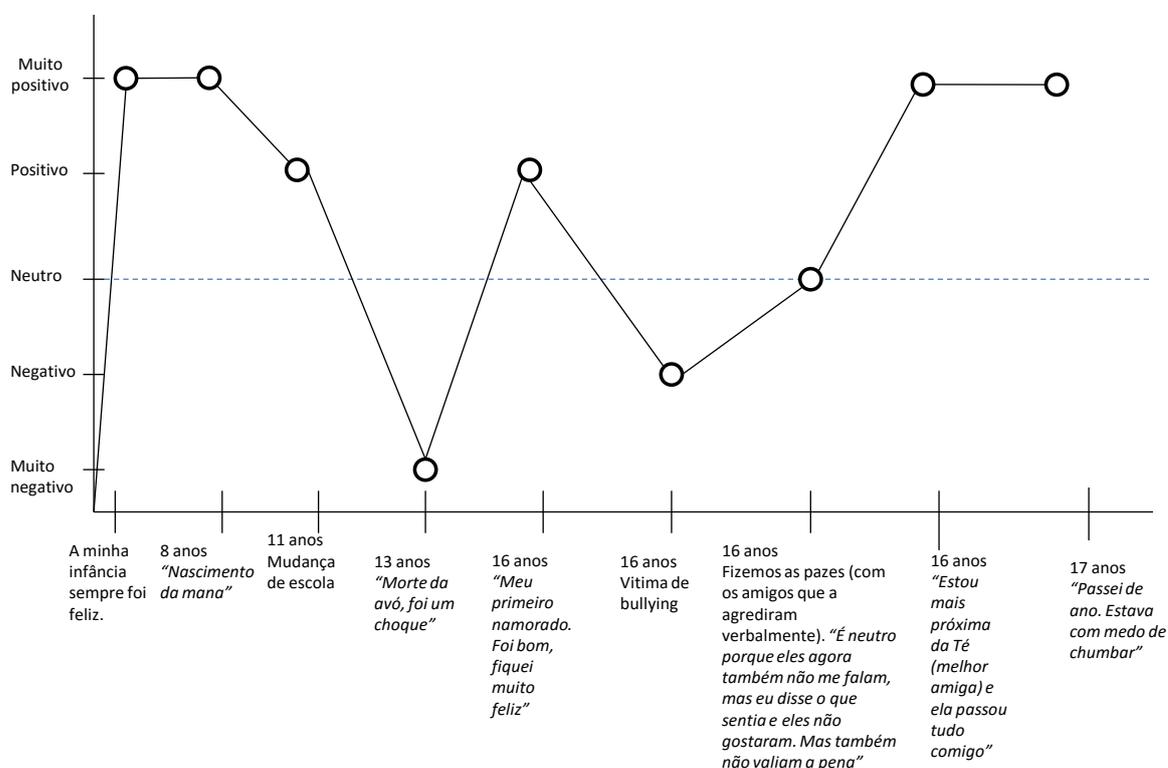
No final da entrevista como forma de apoio à avaliação diagnóstica inicial, apliquei o BDI-II apresentando estado de depressão leve a moderada - *score* 15.

2ª Entrevista: Em resultado da 1ª avaliação procurei identificar com mais detalhe os motivos dos seus comportamentos, com vista à diminuição das queixas iniciais e alteração comportamental. E com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e bem-estar da utente.

Nesta entrevista desenhamos a linha de vida. Sendo esta mais uma ferramenta útil para ambas (eu e a jovem) para entender alguns fatos ocorridos na sua vida. A decisão decorre da necessidade da utente expressar sentimentos e emoções, para que ela tenha uma melhor percepção e compreensão dos momentos positivos e negativos que ocorreram, e também referenciar as estratégias que adotou para lidar com os negativos. Esta foi também realizada com o objetivo de mostrar à utente as suas capacidades, e motivar a mesma para adoção de estratégias mais eficazes de enfrentamento, contribuindo para o aumento da sua auto estima e auto confiança. Com a construção e análise da linha de vida a utente referiu que os piores momentos da sua vida foram o falecimento da avó, e ter sido agredida verbalmente pelos seus “antigos” amigos. Mas conseguiu lidar com as duas situações. No entanto, diz que continua a sentir-se insegura – **Insegurança atual**, e refere baixa auto estima – **Baixa auto estima atual**: “penso sempre que não sou capaz e enerva-me ser assim, mas depois até consigo”. “De 1

problema arranjo 1000". Depois desta verbalização por parte da utente questionei-a – o que não tens sido capaz de fazer? A utente respondeu: “*não sei*”. Então quer dizer que tens capacidades e tens resolvido e ultrapassado as situações difíceis? A utente respondeu: “*está a deixar-me confusa, não tinha pensado nas coisas dessa maneira, sim tenho conseguido*”. Estas questões foram colocadas com o objetivo da utente perceber que tem capacidades, e que tem conseguido ultrapassar as situações difíceis que ocorreram na sua vida. Uma melhor perceção e compreensão das suas capacidades pode contribuir para o aumento da auto estima e auto confiança da utente.

Esquema: Linha de vida



Depois de desenharmos a linha de vida a utente apresentou como estratégias: “*converso e treino ao espelho*”. No final da entrevista solicitei à jovem, como trabalho de casa, realizar os exercícios de auto conhecimento (Anexo IV), intitulado – uma breve análise do eu: eu comigo, eu com o outro, e eu com os outros. Com o objetivo de facilitar o autoconhecimento pessoal; o desenvolvimento e compressão das relações no grupo (Chapman, 1995-2005); e para melhor perceção das suas capacidades, contribuindo desta forma para o aumento da auto estima e auto

confiança. Entreguei também à jovem, bibliografia acerca da assertividade para esta ler, e escrever acerca de uma situação em que tenha adotado comportamento passivo e como se sentiu em relação a isso. Para na próxima entrevista darmos início ao treino assertivo. Este treino tem como objetivo ajudar a utente a adotar comportamento assertivo, e estratégias de enfrentamento mais eficazes, contribuindo desta forma para o aumento da auto estima e auto confiança.

3ª Entrevista: No início da entrevista a utente referiu: *“sinto-me à vontade consigo, e confio em si”*. Inicialmente a entrevista foi realizada com a utente e com a sua mãe, com o objetivo de envolver a família no processo de cuidados. Esclareci dúvidas da mãe e expliquei a importância das intervenções que estamos a realizar. A mãe da utente agradeceu, mostrou-se muito agradada e referiu: *“já noto algumas alterações no comportamento da A”*. A restante entrevista foi realizada apenas com a utente (a seu pedido). No decorrer da mesma a jovem falou acerca do ex. namorado, e de outro rapaz que conhece desde o 8º ano, e pensa que sente por este último, mais do que amizade. Mostrou a fotografia do rapaz e expressou sentimentos e emoções.

Depois de conversarmos acerca dos seus relacionamentos amorosos iniciámos o **treino assertivo**, tendo sido realizada a **1ª sessão**. O treino assertivo foi realizado com o objetivo de aumentar a auto estima e a auto confiança da jovem, e a adoção de comportamento assertivo nas relações familiares e grupo de pares. Nesta sessão a utente falou da bibliografia que leu (que eu lhe tinha entregue na entrevista anterior). Apresentei os diapositivos em formato PowerPoint (Anexo III) e a jovem identificou os diferentes estilos de resposta. A utente apontou várias situações em que tem adotado comportamento assertivo, e referiu que as barreiras à assertividade são a sua insegurança e medo. No final da sessão, como tarefa de casa, pedi à utente para escrever situações em que gostava de ter adotado comportamento assertivo.

4ª Entrevista: Nesta sessão com o objetivo de melhorar a sua imagem corporal e auto estima, realizámos um exercício: como gostavas de ser? A utente respondeu: *“um pouquinho mais alta; um pouco mais cheinha nas pernas e nos braços; queria parecer a idade que tenho, porque pensam sempre que sou mais nova; e gostava de ter os dentes mais direitinhos”*. Como és? A jovem referiu: *“lingrinhas; tenho um cabelo bonito; gosto muito do meu cabelo; e sou magrinha”*. O que mais gostas em ti? A jovem disse: *“do cabelo; e dos olhos”* – **Auto estima melhorada**. Após realizarmos este exercício, a utente referiu que por vezes fazemos distorções da nossa imagem e gostávamos de alterar algumas coisas. A jovem reforçou os seus pontos positivos e referiu que aceita os pontos que aponta como negativos: *“cada pessoa é diferente e bonita à sua maneira, todos temos coisas bonitas e coisas feias”* – **Imagem corporal melhorada**. Após esta verbalização fiz reforço positivo.

Depois de realizarmos o exercício acerca da sua imagem, a jovem falou sobre o seu atual grupo de amigos, e como se sente em relação ao mesmo. Relativamente ao antigo grupo de amigos, do qual foi vítima de bullying, a utente referiu que esse foi um momento negativo da sua vida, mas que percebe agora que isso a ajudou a lidar com as situações de outra forma: *“antes não queria dizer que era vítima de agressão psicológica porque tinha vergonha, mas depois disse e senti-me melhor”*. *“Agora ainda falo com o rapaz, ele pediu-me desculpa e temos uma relação cordial”*. *“Com as duas raparigas é que não falo e não quero, porque quando éramos amigos (os 4) elas é que dominavam, e eu e ele éramos os dominados, e eu fartei-me disso, cansei-me e já não quero isso para mim”* – **Coping melhorado e comportamento assertivo melhorado**. Elogiei-a pelo seu discurso e alteração comportamental.

Em relação ao suicídio da avó paterna, a jovem referiu: *“fiz o luto, passei por várias fases, mas agora aceito”*. *“Penso na minha avó em alguns momentos, mas já não é com tristeza, é mais porque às vezes tenho saudades”*. *“Ela podia ter tomado outra decisão, mas não a culpo pelo que fez”* – **Tristeza melhorada**.

No decorrer desta entrevista demos continuidade ao **treino assertivo**, onde realizámos a **2ª sessão** do mesmo. A utente identificou situações em que adotou comportamento assertivo - enumerou 6 situações. E referiu que se sentiu aliviada e bem consigo. Quando a questioneei acerca de situações em que adotou comportamento passivo, a utente referiu que não se recorda: *“sei que fui, mas não me lembro, as que fui assertiva marcaram-me mais porque fiquei contente e tentei lembrar-me mais dos meus sucessos, isso traz-me mais confiança”* – **Comportamento assertivo melhorado e insegurança melhorada**. No final da sessão mantive os trabalhos de casa pedidos na entrevista anterior, pois a utente esqueceu-se de trazê-los.

5ª Entrevista: No início da entrevista a jovem referiu que se esqueceu novamente dos trabalhos de casa – exercícios de auto conhecimento, mas disse que já fez os exercícios. Os restantes trabalhos pedidos (escrever situação que gostava de ter adotado comportamento assertivo) não os fez porque diz que só consegue escrever quando está mais em baixo, e que agora sente-se bem, pelo que não consegue fazê-los – **Tristeza melhorada**. Combinámos que esses trabalhos de casa ficavam anulados, devido à justificação que a utente apresentou para não os ter feito.

No decorrer da entrevista, com o objetivo de uma melhor perceção, e reforço positivo da alteração comportamental da jovem realizámos um exercício: como te sentias quando adotavas comportamento passivo? A jovem respondeu: *“calada e revoltada; não era capaz de dizer as coisas, e isso mexia comigo, e ficava chateada”*. E quando adotas comportamento assertivo? A jovem referiu: *“fico bem, e se não consigo dizer logo, respiro fundo, penso naquilo que quero dizer e depois vou falar com a pessoa”* – **Comportamento assertivo melhorado**. Depois de

realizarmos este exercício pedi para a utente apontar os seus pontos positivos e capacidades, como forma de aumentar a sua auto estima e segurança. Esta referiu: “*pinto bem as unhas; cozinho bem; ajudo nas tarefas domésticas e sou amiga do amigo*”. “*Já me aceito melhor; a auto estima está melhor, e já não sou tão tímida*” – **Auto estima melhorada**. Depois pedi para a utente falar dos seus sucessos. Esta referiu: “*consegui diminuir um pouco a timidez*”. “*Acho que cresci, mudei um pouco a forma de pensar, e até de me vestir, parece que estou menos criança*”. “*Acho que agora consigo falar o que quero*” – **Comportamento assertivo melhorado**. Depois solicitei à utente para me contar os seus objetivos para o futuro. A jovem disse: “*tento viver o dia de cada vez, mas gostava de teatro, no entanto penso em tirar um curso superior com mais saída profissional, e depois o teatro será um hobbie*”.

Nesta entrevista realizámos a **3ª sessão do treino assertivo**, onde a utente referiu que tem adotado comportamento assertivo na maioria das situações, e que se sente melhor por ter essa capacidade. Nesta sessão a jovem contou uma situação que ocorreu com uma colega, em que esta última foi agressiva com a utente. E a utente foi assertiva com a colega: “*se não nem ficava bem comigo*” – **Comportamento assertivo melhorado**. Ao longo da sessão fiz reforço positivo e incentivei ao auto reforço positivo.

6ª Entrevista: No início da entrevista realizámos a análise dos exercícios de auto conhecimento (trabalho de casa pedido). A utente referiu que estes exercícios a ajudaram a compreender, e entender melhor o que sente e pensa acerca dela, e obrigou-a a refletir e a pensar sobre isso. Com a análise destes exercícios a jovem disse também: “*às vezes ainda me sinto insegura, mas não como antes* – **Insegurança melhorada**. *Estou mais liberta, mais descontraída, penso nas coisas que me preocupam mas consigo distrair-me, e acabo por esquecer as preocupações*” – **Coping melhorado**. Diz que gostou bastante de ler a parte dos exercícios preenchida pelos amigos – como os outros me vêem. Tendo ficado emocionada com algumas coisas que estes mencionaram. Diz que percebe que essas pessoas a conhecem bem e que lhe dão valor – **Auto estima melhorada**.

Após a análise dos exercícios de auto conhecimento efetuámos um exercício, com vista a uma melhor perceção de como se sente agora, e as alterações comportamentais que tem efetuado (reforçando as mesmas): como se sentia antes, e como se sente agora. A jovem referiu: “*antes era tímida; insegura; baixa auto estima; pensamentos negativos e preocupações a mais; falta de confiança em mim, porque tinha medo que não gostassem de mim*”. “*Agora continuo tímida, mas um pouco mais extrovertida; consigo meter um pouco de parte a timidez para conhecer melhor os outros, e dar-me a conhecer; sinto-me mais descontraída e mais segura* – **Insegurança melhorada**, *às vezes ainda sou insegura, mas consigo abstrair-me e depois essa*

*insegurança passa; a minha auto estima aumentou – **Auto estima melhorada**; e já me aceito como sou” – **Imagem corporal melhorada**. “Não consigo explicar o que fiz, mas sei que mudei” – **Tristeza melhorada**.*

Nesta entrevista demos continuidade ao **treino assertivo**, onde realizámos a **4ª sessão** do mesmo. A utente referiu que numa aula de filosofia (na escola) falaram acerca da assertividade, e que ficou satisfeita por já saber o que é, e poder explicar à turma. A jovem refere que tem adotado comportamento assertivo. No entanto, contou uma situação que ocorreu durante a semana, em que adotou comportamento passivo. A jovem explicou porque adotou comportamento passivo, e disse que não se sentiu mal por isso. A jovem verbalizou também uma situação em que foi assertiva, tendo referido: “*mesmo que a pessoa não me tenha respondido, senti-me bem comigo e aliviada*”- **Comportamento assertivo melhorado**. Ao longo desta sessão adotámos os procedimentos de ensaio comportamental e reforço positivo. No final da sessão solicitei à jovem, como tarefa de casa, para escrever as situações (que decorrerem nesta semana) em que foi assertiva, e explicar como se sentiu.

7ª Entrevista: No início desta entrevista para melhor perceção das alterações/melhorias em relação à sua imagem corporal e auto estima, perguntei à utente: quando estás em frente ao espelho como te sentes e como te vês? A jovem respondeu: “*há coisas que eu não gosto muito, podia ser diferente, mas já me aceito e lido bem com os meus defeitos ou com as coisas que não gosto. Aprendi a gostar de mim, sinto-me mais confiante e aumentei a minha auto estima*” – **Imagem corporal melhorada e auto estima melhorada**. Elogiei-a pelo seu discurso e fiz reforço positivo.

No decorrer da entrevista realizámos a **5ª sessão** do **treino assertivo**. Analisámos o trabalho de casa que pedi à jovem na semana anterior – situações em que tem sido assertiva. A jovem referiu várias situações em que adotou comportamento assertivo, e disse que se sentiu bem por tê-lo feito, e que tem mais confiança em si – **Insegurança melhorada**. Fiz reforço positivo e incentivei-a ao auto reforço positivo. Nesta sessão trabalhámos uma situação que a utente verbalizou. Para este trabalho adotámos os procedimentos de modelação e ensaio comportamental. No término da sessão a utente referiu: “*ser assertiva faz-me sentir melhor comigo, e depois com os outros*”.

Acompanhamento por telefone

A utente telefonou para avisar que não podia vir à entrevista. Conversámos ao telefone aproximadamente 30 minutos. A jovem referiu que a relação amorosa com o T: “*está estagnada*”, *ele esteve três dias sem me falar, mas depois mandou-me mensagem e disse que não tinha nada a ver comigo, que foi porque tinha que estudar e eu disse-lhe ok, mas fiquei um pouco chateada, mas não sei bem que lhe dizer*”. Falámos acerca da assertividade e realizámos um “pequeno” **treino assertivo (6ª sessão)** tendo como base a situação que a utente contou, onde utilizámos os procedimentos de modelação e reforço positivo.

Terapia de grupo

1ª Sessão: Depois de realizarmos um conjunto de entrevistas e de efetuarmos várias sessões de treino assertivo, permitindo o desenvolver da relação terapêutica com a utente; iniciámos terapia de grupo, onde demos continuidade ao treino da assertividade. Este treino assertivo em grupo teve como objetivo o aumento das habilidades sociais, contribuindo desta forma para o aumento da auto confiança, aumento da segurança e auto estima. No decorrer da terapia de grupo usámos também, como intervenção, a arteterapia. A arteterapia teve como objetivo a facilitação da expressão de sentimentos e emoções no seio do grupo.

Nesta primeira sessão de terapia de grupo a jovem apresentou postura tranquila e à vontade, esboçando sorrisos e expressando sentimentos e emoções – **Tristeza melhorada**.

Nesta sessão, de forma a trabalharmos a **assertividade**, realizámos um exercício: depois de dizerem olá, o que dizem? No decorrer da realização deste exercício usámos os procedimentos de ensaio comportamental e role play. Na realização deste exercício a jovem colocou questões, apresentou-se à vontade no seio do grupo, afirmou-se, e iniciou e conduziu conversas – **Comportamento assertivo melhorado**.

Após a realização do exercício onde trabalhámos a assertividade, efetuámos um jogo acerca da imagem corporal e da distorção relativamente à mesma, tendo como objetivo o aumento da satisfação com a sua imagem. Considerei benéfico realizar este jogo com as utentes que participaram na terapia de grupo, porque estas jovens no decorrer das avaliações efetuadas apresentavam imagem corporal comprometida. O jogo consistiu: pedi às utentes para se colocarem frente a frente e referirem os aspetos físicos que lhes agradam e/ou que lhes desagradam, uma na outra. Com o objetivo de uma maior compreensão, por parte das utentes, da distorção em relação à sua imagem (levando também a um aumento das habilidades sociais, permitindo afirmarem-se, e iniciarem e conduzirem conversas). Este jogo revelou-se benéfico, pois as utentes conseguiram verbalizar os seus sentimentos em relação ao seu corpo, e perceber as distorções que têm vindo a efetuar em relação ao mesmo. Ao longo da realização do jogo as

utentes elogiaram-se e agradeceram os elogios – **Auto estima melhorada**, apontaram características positivas, e partilharam momentos. A realização deste jogo contribuiu para uma melhoria da auto estima, imagem corporal e adoção de comportamento assertivo.

Nesta sessão trabalhámos também a **arteterapia**. Para a realização da mesma a utente trouxe um desenho, que analisámos em conjunto. A utente explicou o seu significado, havendo um aumento do dinamismo no seio do grupo.

No término da sessão a utente referiu: “*senti-me bem e à vontade, gostei da F e gostei do trabalho que fizemos juntas. Gostei também do exercício do que gostamos uma na outra, porque deu para percebermos o que vemos mal em nós*” - **Imagem corporal melhorada**.

2ª Sessão: Nesta sessão a utente falou abertamente acerca da sua semana, dos seus sentimentos e emoções. Mostrando-se à vontade no seio do grupo. No decorrer da sessão e após termos trabalhado a assertividade em relação a uma situação verbalizada pela outra jovem que participa na sessão, fizemos um exercício, para auxiliar a utente a uma melhor compreensão das suas capacidades e das suas habilidades sociais. Contribuindo para o aumento da segurança e auto estima. Este exercício consistiu em explicarem uma à outra (ambas as utentes) porque estão a ser acompanhadas no DPSM, e acima de tudo o que têm alterado (alteração comportamental). A utente referiu: “*não sei bem o que tenho mudado, mas sinto que estou diferente*”. “*Já me consigo afirmar e expressar melhor, já nem preciso de treinar tanto no espelho*” – **Comportamento assertivo melhorado e insegurança melhorada**.

Com vista a trabalharmos a **arteterapia**, a utente trouxe o seu diário, como objeto de arte, e explicou o seu significado. A jovem partilhou textos e desenhos por si elaborados (no diário), tendo referido: “*aqui é onde desabafo às vezes, faz parte de mim e onde digo parvoíces*”. “*Trouxe para partilhar um pouco os meus sentimentos*”.

3ª Sessão: Nesta sessão trabalhámos a **arteterapia**, onde cada participante efetuou um desenho no decorrer da sessão. A realização do desenho teve como objetivo partilhar o significado do mesmo, contribuindo para a expressão de sentimentos no seio do grupo, através do objeto artístico criado. Ao longo da sessão a utente manteve comunicação assertiva, mostrando maior confiança e abertura para expressão de sentimentos no seio do grupo – **Comportamento assertivo melhorado e insegurança melhorada**.

4ª Sessão: Ao longo da sessão a utente apresentou comportamento assertivo, afirmando-se, conduzindo e iniciando conversas – **Comportamento assertivo melhorado**. Mostrou-se à vontade no seio do grupo, apresentando postura tranquila e bom contacto interpessoal – **Insegurança melhorada**, que lhe tem sido habitual.

No decorrer da presente sessão trabalhámos a **assertividade**, onde adotámos os procedimentos de role play e reforço positivo.

Nesta sessão de terapia de grupo trabalhámos também a **arteterapia**, tendo por base uma carta que a jovem escreveu para a outra utente que participou na sessão (que solicitei como trabalho de casa). Através do objeto de arte (carta) a utente expressou sentimentos e mostrou-se bem-disposta e sorridente – **Tristeza melhorada**.

5ª Sessão: No decorrer desta sessão a utente apresentou fâcias sorridente, humor eutímico – **Tristeza melhorada** e postura tranquila. Mostrou-se à vontade no seio do grupo e manteve comportamento assertivo – **Comportamento assertivo melhorado**.

Ao longo da sessão trabalhámos a **assertividade**, com base num episódio que a outra utente expôs. A utente participou no role play, mostrando satisfação – **Insegurança melhorada**.

Após termos trabalhado a assertividade trabalhámos a **arteterapia**. A jovem trouxe 3 fotografias (que lhe tinha pedido como trabalho de casa), e com o apoio das mesmas partilhou sentimentos e emoções. Na continuação deste trabalho abordámos acerca do desenvolvimento adolescente, nomeadamente das alterações corporais; relação com os pais; e relação com o grupo de pares. A utente partilhou algumas experiências, mostrou agrado na partilha das mesmas, e participou na discussão acerca do tema, no seio do grupo.

No término da sessão apliquei o BDI-II, encontrando-se sem depressão – *score* 4. Apliquei também os indicadores de resultados para validação das avaliações efetuadas e dos resultados obtidos.

Indicadores de resultados (Anexo VI) – respostas da jovem:

- 1 - Auto estima: “*aumentou*” – **Auto estima melhorada**;
- 2 - Enfrenta os problemas: “*de forma mais eficaz*” – **Coping melhorado**;
- 3 - Adota comportamento: “*mais assertivo*” – **Comportamento assertivo melhorado**;
- 4 - Diz que não se isolava;
- 5 - Em relação ao bem-estar, diz sentir-se melhor – **Tristeza melhorada**;
- 6 - Sente-se melhor com o seu corpo – **Imagem corporal melhorada**;
- 7 - Diz que mantém o mesmo hábito alimentar;
- 8 - Diz que a satisfação com a vida depende das situações;
- 9 – Em relação à ansiedade diz: “*não me sentia ansiosa*”;
- 10 - Sente-se: “*mais segura*” – **Insegurança melhorada**;
- 11 - Relativamente à avaliação das intervenções, diz que a ajudaram: “*com a ajuda das intervenções consegui melhorar um pouco mais de mim. Sinto-me mais segura e um pouco mais confiante*”. “*Penso que, se outros conseguem, eu também consigo*”.

Suporte à família

Entrevista com a utente, com a sua irmã e com a sua mãe: A mãe da utente solicitou entrevista familiar, com o objetivo de auxiliar a Teté (irmã da utente) na sua dificuldade em expressar o porquê de não conseguir dormir sozinha. Ao longo da entrevista a Teté apresentava alguma ansiedade, com risos imotivados. Coloquei-a à vontade e utilizei linguagem adaptada à sua idade (9 anos), utilizei também linguagem simbólica para melhor compreensão da situação. Desenhámos a sua casa, a disposição das peças da casa, para chegarmos ao seu quarto e ao medo de dormir sozinha. A Teté referiu que tem medo dos ladrões. A casa foi assaltada há 7 anos, na altura a irmã da utente tinha 2 anos (diz que não se lembra do assalto mas ouviu falar dele) e a utente tinha 10 anos. A irmã da utente referiu que não consegue dormir com a luz acesa, mas gostava que o hall em frente ao seu quarto tivesse uma pequena luz de presença: “*assim se houver algo eu vejo, com tudo apagado não vejo nada*”. Realizámos acordo familiar, ficando acordado que a mãe coloca uma pequena luz de presença no hall, e a Teté tenta dormir sozinha no seu quarto. A Teté concordou com este acordo, e passados uns dias a mãe telefonou-me a dizer que o acordo foi cumprido e que a Teté já dorme novamente sozinha.

Tabelas de avaliação da evolução clínica da jovem AR

Avaliações	1ª Avaliação diagnóstica	2ª Avaliação	3ª Avaliação	4ª Avaliação	5ª Avaliação
Indicadores					
Estratégias e capacidades do adolescente	Está a tentar alterar comportamentos – ser mais assertiva e conversa com o espelho de forma a treinar as situações; quando não consegue, escreve.	Conversa com o espelho para treinar situações. Frequente consultas de nutricionista.	Mantém estratégias. Insegurança melhorada.	Mantém estratégias. Refere aumento da confiança e segurança.	Mantém estratégias.
Comunicação	Expressa-se normalmente, não divaga e mantém o tema.	Adequada. Postura tranquila, fala abertamente, no entanto ainda mostra alguma insegurança.	Discurso adequado. Falou abertamente acerca dos seus sentimentos e emoções e mostrou mais confiança em mim.	Discurso adequado. Falou abertamente acerca dos seus sentimentos e emoções. Comportamento assertivo melhorado.	Discurso adequado. Falou abertamente acerca dos seus sentimentos e emoções. Comportamento assertivo melhorado.
Humor	Humor ligeiramente deprimido	Ligeiramente deprimido	Tendencialmente eufímico	Eufímico	Eufímico
Vontade de Viver	Não verbaliza ideia suicida.	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido

Imagem corporal	Descontente com o corpo.	Comprometida	Comprometida	Melhorada - " <i>Aceito-me como sou</i> ".	Melhorada
Auto estima	Baixa auto estima.	Baixa auto estima	Baixa auto estima	Auto estima melhorada	Melhorada
Coping	Comprometido	Comprometido	Utiliza estratégias mais eficazes de enfrentamento.	Utiliza estratégias mais eficazes de enfrentamento.	Melhorado
Ansiedade	Não refere	Não refere	Não refere	Não refere	Não refere
Tristeza	Tristeza atual.	Atual	Fácies sorridente	Melhorada. Fácies sorridente	Melhorada. Fácies sorridente
Interação social	Não comprometido.	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido

Avaliações	6ª Avaliação	7ª Avaliação	8ª Avaliação	9ª Avaliação	10ª Avaliação
Indicadores					
Estratégias e capacidades do adolescente	Diz que consegue abstrair-se das preocupações e não pensar tanto nas mesmas, ouvindo música e pensando em coisas que lhe dão prazer.	Mantém estratégias.	Mantém estratégias.	Diz: " <i>já nem preciso de falar tanto com o espelho, consigo afirmar-me e tenho mudado</i> " - Insegurança melhorada.	Mantém estratégias que tem adotado para lidar com as situações, diz que está mais confiante.
Comunicação	Discurso adequado. Falou abertamente acerca dos seus sentimentos e emoções. Inicia e conduz conversas – Comportamento assertivo melhorado.	Discurso adequado. Falou abertamente acerca dos seus sentimentos e emoções.	Discurso adequado e assertivo.	Discurso adequado e assertivo.	Assertiva. Expressou sentimentos abertamente e mostrou maior confiança e à vontade no seio do grupo.
Humor	Eutímico	Eutímico	Eutímico	Eutímico	Eutímico
Vontade de Viver	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometida	Não comprometido	Não comprometido
Imagem corporal	Melhorada	Melhorada	Melhorada	Melhorada	Melhorada
Auto estima	Melhorada	Melhorada	Melhorada	" <i>A minha auto estima aumentou, sinto-me melhor</i> ".	Melhorada
Coping	Melhorado. Adota estratégias eficazes de enfrentamento, trazendo-lhe maior conforto psicológico.	Melhorado	Melhorado	Melhorado. Adota estratégias de enfrentamento e gestão de <i>stress</i> , eficazes.	Lida de melhor forma com situações de <i>stress</i> .
Ansiedade	Não apresenta	Não apresenta	Não refere	Não refere	Não refere
Tristeza	Melhorada. Fácies sorridente	Melhorada	Melhorada. Fácies sorridente	Fácies sorridente	Fácies sorridente
Interação social	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido	Não comprometido

Avaliações	11ª Avaliação	12ª Avaliação
Indicadores		
Estratégias e capacidades do adolescente	Mantém estratégias que tem adotado para lidar com as situações, diz que está mais confiante.	Mantém estratégias que tem adotado para lidar com as situações, diz que está mais confiante.
Comunicação	Discurso e comportamento assertivo, que lhe tem sido habitual.	Discurso e comportamento assertivo, que lhe tem sido habitual.
Humor	Eutímio	Eutímio
Vontade de Viver	Não comprometido	Não comprometido
Imagem corporal	Melhorada. Referindo que se sente bonita.	Melhorada. Referindo que se sente bonita.
Auto estima	Melhorada. Referindo que se sente bem consigo e bonita.	Melhorada. Referindo que se sente bem consigo e bonita. Agradece e aceita elogios.
Coping	Melhorado. Adota estratégias eficazes de enfrentamento.	Melhorado. Adota estratégias eficazes de enfrentamento.
Ansiedade	Não refere	Não refere
Tristeza	Melhorada. Fácies sorridente.	Melhorada
Interação social	Não comprometido	Não comprometido

Anexo III – PowerPoint - Treino assertivo

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Évora Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria

Vamos ser ASSERTIVOS

Comportamento Assertivo



Ser assertivo tem as suas vantagens

Assertividade

Lazarus (1971) definiu assertividade como a capacidade para recusar e elaborar pedidos, pedir favores, expressar sentimentos negativos e positivos e iniciar, continuar e terminar uma conversa.

Lanhe e Jakubski (1976) consideraram a assertividade como a defesa de direitos pessoais e a expressão de pensamentos, sentimentos e crenças de forma direta, honesta e apropriada, de modo a respeitar os direitos das outras pessoas.

Foi o reconhecimento, por parte dos terapeutas do comportamento, Salter (1949) e Wolpe (1958), de que alguns indivíduos tinham problemas específicos em fazer valer os seus direitos, e que esta incapacidade conduzia a inadaptação por parte do indivíduo, que deu origem à comunicação assertiva (Flowers e Guerra, 1974).

Seres assertivo não quer dizer que acertas sempre, mas sim que te firmas. É saberes dizer “sim” quando queres dizer “sim” e principalmente consegues dizer “não” quando queres dizer “não”.

A falta de assertividade nos comportamentos dos adolescentes está relacionada com uma baixa auto estima.

Muitos não têm consciência do que deviam reclamar para si na sociedade ou nas suas relações interpessoais, demonstrando comportamentos mal adaptados, levando a uma aumento de ansiedade e frustração.



Estilos de resposta

Passiva

Agressiva

Assertiva

AGRESSIVO,
PASSIVO OU
ASSERTIVO?



Resposta passiva

O estilo de resposta passivo caracteriza-se pela expressão de pensamentos, sentimentos e preferências de forma indireta ou implícita, ou mesmo pela ausência da expressão dos mesmos (Galassi e Galassi, 1977). Na origem das respostas passivas encontram-se diversos fatores, tais como: medo das consequências negativas da expressão direta da sua opinião, percepção de ameaça da situação ou do outro, dificuldade em aceitar os seus direitos, dificuldade em pensar de forma racional sobre si próprio ou associar as respostas passivas a boa educação e prestabilidade (Back e Back, 2005). No que se refere aos efeitos a longo prazo, frequentemente, a dificuldade de expressão em várias situações e com várias pessoas conduz a sentimentos de baixa auto-estima (Back e Back, 2005; Galassi e Galassi, 1977), depressão e ansiedade excessiva em situações interpessoais (Galassi e Galassi, 1977).

Resposta agressiva

Por outro lado a resposta agressiva caracteriza-se pela centralização nos objetivos do próprio numa dada situação e, conseqüentemente, pela ignorância ou desvalorização dos interesses ou direitos do outro (Anderson e Martin, 1995; Back e Back, 2005; Galassi e Galassi, 1977). O indivíduo expressa as suas necessidades, opiniões e desejos de forma reivindicativa, ameaçadora, insultuosa e hostil (Galassi e Galassi, 1977). Imediatamente após responder de forma agressiva, o indivíduo pode experienciar alguma redução de tensão acumulada pela situação que despoletou aquela resposta. Se a resposta agressiva permitiu que a pessoa conseguisse o que desejava, os sentimentos positivos são dominantes e contribuem para a manutenção deste estilo de resposta (Back e Back, 2005). Os jovens que, habitualmente utilizam um estilo de comunicação agressivo não assumem as consequências das suas ações (Galassi e Galassi, 1977). Desta forma, a longo prazo, tendem a culpar os outros pela situação que despoletou a resposta agressiva e desenvolvem mecanismos de alerta, esperando, constantemente, possíveis ataques por parte dos outros.

Resposta assertiva

Você é ASSERTIVO?

Por sua vez a resposta assertiva em contraste com o comportamento não assertivo, passivo ou agressivo, a resposta assertiva envolve a defesa das opiniões do próprio, sem deixar de ter consideração pelo outro (Galassi e Galassi, 1977; Hargie e Dickson, 2004). O indivíduo expressa, assim, as suas necessidades, desejos, opiniões, sentimentos e crenças de forma direta e apropriada (Back e Back, 2005; Galassi e Galassi, 1977). A assertividade permite o adolescente agir tendo em vista os melhores interesses do próprio, defender-se sem ansiedade excessiva, exercer os direitos pessoais sem negar os direitos dos outros, e expressar honesta e confortavelmente os próprios sentimentos (Alberti e Emmons, 2008). Existe uma correlação positiva entre o estilo assertivo e a auto-estima. Dito de outra forma, as pessoas que utilizam mais respostas assertivas possuem uma auto-estima mais elevada (Watson, Morris e Miller, 1998). A par da auto-estima, os adolescentes que, habitualmente utilizam o estilo assertivo tendem a sentir mais controlo sobre as suas vidas, possuem maior satisfação com os seus relacionamentos e conseguem alcançar os seus objetivos com mais frequência.



Porque devemos ser assertivos?

Quanto mais assertivo fores:

- Melhor vais lidar com os conflitos;
- Tens menos stress;
- Mais confiança em ti;
- Vais melhorar a tua credibilidade;
- Sabes lidar com as tentativas de manipulação
- Sentes-te melhor e contribuis para que os outros se sintam melhor.

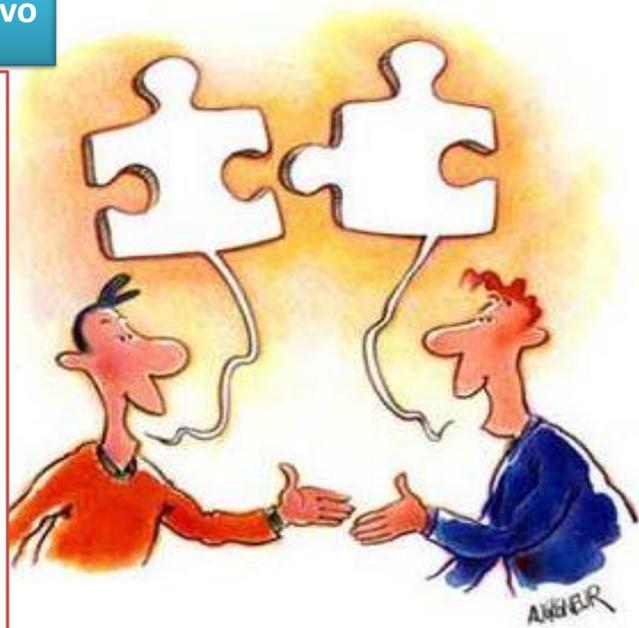


Como faço isso?

Treino assertivo

O treino assertivo inicia-se com a identificação das áreas em que existe défice assertivo (relações com os pais, com o grupo de pares), analisa os fatores que impedem o jovem de se expressar de forma adequada (desconhecimento dos direitos de afirmação, crenças irracionais) e opera sobre esses fatores (modificação de crenças irracionais).

Para Alberti e Emmons (2008) o treino assertivo tem como principal objetivo mudar a forma como o indivíduo se vê a si próprio, aumentar a sua capacidade de afirmação, permitir que este expresse de forma adequada os seus sentimentos e pensamentos e, posteriormente estabelecer a autoconfiança. A participação em treinos encerra ainda outras vantagens de âmbito mais pessoal, nomeadamente, aumento de sentimentos de autoconfiança, reações positivas dos outros, e diminuição quer da ansiedade nas situações sociais, quer das queixas somáticas do indivíduo (Galassi e Galassi, 1977).



Etapas do treino assertivo

- Ensinar o adolescente a relaxar:
A diminuição da ansiedade vai favorecer a atuação social adequada e a aquisição de novas habilidades. O relaxamento progressivo de Jacobson é utilizado quando a pessoa experiencia níveis moderados ou elevados de ansiedade. Propõe a diferenciação entre as sensações de contração/descontração muscular e a concentração na respiração (Loureiro, 2013).

O adolescente distingue e diz o que entende por respostas assertivas, passivas e agressivas:
Podem-se utilizar exercícios para o jovem distinguir estes tipos de comportamentos e participe ativamente na aprendizagem, identificando as crenças irracionais que podem ser um fator de bloqueio ao uso das habilidades assertivas (Slater, 1989).

Reestruturação cognitiva dos modos de pensamento incorretos e socialmente desajustados:
Esta etapa consiste em ajudar o adolescente a reconhecer o que pensa de si mesmo e o que se pode refletir no seu comportamento. Desenvolvendo competências para a expressão direta de sentimentos e conhecimento dos seus direitos e deveres assertivos, através de uma filosofia de assertividade com leituras apropriadas e preparar técnicas práticas no seio do grupo (Thomas, 1982).

Ensaio comportamental das respostas socialmente adequadas em determinadas situações:
Os procedimentos adoptados são: **ensaio comportamental, modelação, role-play, reforço positivo e treino individual/tarefas de casa.** Estes procedimentos são utilizados propondo situações específicas e representado um determinado comportamento.

Procedimentos adotados no treino assertivo

- Ensaio comportamental
- A modelação
- O role-play
- O reforço positivo
- O treino individual/tarefas de casa



Ensaio comportamental

É o procedimento mais utilizado no treino assertivo. Através deste procedimento representam-se maneiras apropriadas e efetivas de enfrentar situações da vida real que são problemáticas para o adolescente. Os objetivos do ensaio comportamental consistem em aprender a modificar as respostas não adaptativas, substituindo-as por respostas novas. Permite o desenvolvimento de novos comportamentos de modo a encontrar formas mais efetivas de enfrentar situações problemáticas da vida real. Espera-se a simulação de cenas reais relativamente a um problema recente ou que possa verificar-se num futuro próximo, apresentando a vantagem de permitir ao enfermeiro a observação direta do comportamento, o que melhora os níveis de segurança e confiança do adolescente na intervenção (Loureiro, 2013).

O ensaio comportamental deve:

- Limitar -se a uma situação e a um problema;
- Escolher uma situação recente ou que possa ocorrer num futuro próximo;
- Não prolongar a representação de papéis mais do que um a três minutos;
- Respostas devem ser tão breves quanto possíveis;
- Lembrar o adolescente qual é a melhor resposta para ele em cada situação.

A modelação

Tem a sua origem em Bandura, em que a aprendizagem é feita através da observação do desempenho de outra pessoa (enfermeiro). Este método revelou-se mais efetivo quando o modelo tem idade mais próxima e é do mesmo género do observador. Tem a vantagem de evidenciar os componentes 'não-verbais' e 'para verbais' da comunicação (Loureiro, 2013).

O role play

Segundo Ladousse (1987) em role play, o jovem age de acordo com um papel (como ele próprio ou personagem) numa situação específica. No contexto de um grupo é extremamente importante porque permite criar uma atmosfera de confiança nos encontros iniciais (Thomas, 1982).

O reforço positivo

Deve utilizar-se logo no momento em que o adolescente conseguiu realizar um comportamento ou fez determinados progressos. O auto-reforço deve também ser utilizado como uma forma de auto-compensação e deve ser feito por auto verbalizações positivas. Nas sessões importa iniciar pelos aspetos mais positivos, conquistas, sucessos e posteriormente passar para os aspetos mais negativos (Loureiro, 2013). O reforço positivo deve estar presente ao longo de todas as sessões do treino assertivo, recompensando aproximações sucessivas, como forma de aumentar determinados comportamentos do adolescente. O elogio e o ânimo são formas efetivas de recompensa e o seu efeito benéfico é maior quando imediatamente após o ensaio comportamental.

O treino individual/tarefas de casa

São uma componente essencial do treino assertivo. Entre estas tarefas dadas aos jovens pode-se destacar: o seu registo do nível de ansiedade em determinadas situações, registo de situações em que tem atuado de forma assertiva, outras nas quais gostaria de ter tido esse tipo de comportamento. As tarefas de casa constituem um veículo através do qual as habilidades aprendidas na sessão de treino são praticadas no ambiente real. Proporciona ao adolescente, generalizar em contexto de vida diária o que foi aprendido nas sessões. Permite a prática dos novos padrões de comportamento em privado, sem limitações de tempo ou espaço, resultando um maior autocontrolo (Loureiro, 2013).

E porque vamos fazer tudo isto

- Confiante;
- Calmo;
- Ideias claras;
- Aumentar a auto estima;
- Aumentar a auto confiança;
- Segurança;
- Aumento das habilidade sociais;
- Mudança de atitudes/novas atitudes;
- Diminuir ansiedade;
- Melhorar as relações sociais;
- Ter resultados;
- Ser claro;
- Agarrar oportunidades;
- Desenvolvimento de relações honestas;
- Aumento do auto respeito;
- Mover-se clara e seguramente para as metas estabelecidas;
- Construção de relações sólidas;
- Construção de respeito mútuo.



Maior satisfação com a vida

Sentires-te bem contigo e com os outros

Bibliografia

- Alberti, R. E., e Emmons, M. L.(2008) - *You're perfect right: A guide to assertive behavior*. San Luis O bispo, California: Impact.
- Galassi,J.P, e Galassi,M.D. (1977) - *Validity of a measure of assertiveness*. Journal of Counseling Psychology, 21,248-250.
- Galassi,J.P,DeLeo,J.S.,Galassi,M.D.e Bastien,S. (1974) - *The college Self Expression Scale: A measure of assertiveness*. Behavior Therapy,5, 165-171.
- Ladousse, G (1987) – *Role Play*. University Oxford Press, Hong Kong.
- Lazarus,A.A.(1971) - *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.
- Loureiro, C. (2013) – *Treino de competências sociais: uma estratégia em saúde mental: Técnicas e procedimentos de intervenção*. Revista Portuguesa de Saúde Mental, (9), Junho, p. 41-47.
- Salter, A. (1949) - *Conditioned reflex therapy*. New York: Farrar, Strauss.

Anexo IV – Exercícios de auto conhecimento

1 – Eu comigo mesmo

- O que penso sobre mim mesmo.
- O que sinto sobre mim mesmo.
- Quais as razões que me fazem sentir bem na minha pele.
- Quais as razões que me fazem sentir mal na minha pele.
- O que penso sobre o meu corpo.
- O que sinto sobre o meu corpo.
- O que penso sobre a minha inteligência.
- O que penso sobre as minhas emoções.
- O que penso sobre os meus sentimentos.
- O que me alegra.
- O que me entristece
- O que me irrita
- O que me dá prazer.
- O que me dá paz.
- O que me tira o sono.
- Qual a minha maior qualidade.
- Qual o meu maior defeito.

2 - Como acho que os outros me vêm

- O que acho que os outros pensam acerca de mim.
- O que acho que os outros sentem acerca de mim.
- O que acho que os outros dizem nas minhas costas.
- Qual a qualidade que acho que os outros me reconhecem.
- Qual o defeito que acho que os outros me reconhecem

3 – Eu com os outros

- O que gosto nos outros.
- O que não gosto nos outros.
- O que me irrita nos outros.
- O que me dá prazer nos outros.
- Em que circunstâncias me sinto bem com os outros.
- Em que circunstâncias me sinto mal com os outros.
- Quando preciso de alguém, a quem recorro e porquê

4 – Como os outros me vêm (respondido por outra pessoa, acerca de mim)

- O que pensa sobre.
- O que sente sobre.
- O que mais gosta.
- O que menos gosta.
- O que pensa sobre a sua inteligência
- O que pensa sobre as suas emoções.
- O que pensa sobre os seus sentimentos.
- O que acha que a alegra.
- O que acha que a entristece.
- O que acha que a irrita.
- O que acha que lhe dá paz.
- O que acha que lhe tira o sono.
- Qual a sua maior qualidade.
- Qual o seu maior defeito.

Anexo V – Registo dos pensamentos disfuncionais

Registo de Pensamentos Disfuncionais (Baseado Knapp & Beck, 2008)

Instruções: Quando você notar que o seu humor está a ficar pior, pergunte-se: *O que está a acontecer no meu pensamento?* E anote, logo que possível, o pensamento (ou imagem mental) na coluna Pensamento Automático. Identifique, então, qual a emoção, sentimento ou estado de humor que você sentiu quando teve este pensamento. A seguir, verifique quão realistas ou verdadeiros são estes pensamentos, e construa uma resposta mais racional, com pensamentos alternativos mais adequados para a situação.

Avalie quanto mudou o seu pensamento original.

Situação	Pensamento Automático	Emoção	Resposta adaptativa	Resultado
Especifique a situação, o que aconteceu? Onde estava, fazendo o quê? Quem estava envolvido?	Que pensamentos e/ou imagens passaram na sua cabeça naquela situação? Sublinhe o pensamento mais importante ou aquele que mais o/a incomodou. Se possível avalie quanto você acredita em cada um dos pensamentos (0-100%)	Que sentimentos ou emoções (tristeza, ansiedade, raiva, etc.) você sentiu naquela situação? Se possível avalie a intensidade de cada um (0-100%)	Use as perguntas abaixo para compor as respostas aos pensamentos automáticos. Se possível avalie quanto você acredita em cada resposta alternativa (0-100%). Quais as possíveis distorções cognitivas (veja a lista de distorções cognitivas) que você fez?	Avalie quanto você acredita agora nos seus pensamentos automáticos (0-100%) e na intensidade das suas emoções (0-100%).

Para construir a alternativa faça as perguntas:

1. Quais são as evidências de que o pensamento automático é verdadeiro? Quais as evidências de que ele não é verdadeiro?
2. Há explicações para o evento, ou formas alternativas de ver a situação?
3. Quais são as complicações, no caso dos pensamentos serem verdadeiros? Qual a pior situação? O que é mais realista? O que é possível fazer a respeito?

Lista de Distorções Cognitivas (Baseado Knapp & Beck, 2008)

- Catastrofização – pensar que o pior de uma situação de vida é o que irá acontecer, sem ter em consideração a possibilidade de outros desfechos. Acreditar que o que aconteceu ou irá acontecer será terrível e insuportável. Ex.: “*Chumbar de ano será o fim da minha vida académica*”.
- Raciocínio emocional (emocionalização) – presumir que os sentimentos são factos. Pensar que algo é verdade porque se tem um pensamento muito forte a respeito de algo, deixando os sentimentos guiarem a interpretação da realidade. Ex.: “*Eu sinto que os meus colegas se riem nas minhas costas*”; “*Sinto-me desesperado, portanto a situação é desesperadora*”.
- Polarização (pensamento tudo-ou-nada, pensamento dicotômico) – avaliar as situações de vida, pessoas ou eventos apenas por duas perspectivas absolutas (certo/errado, tudo/nada), ao invés do *continuum*. Ex.: “*Devo tirar a sempre a melhor nota da turma, ou serei um fracassado*”.
- Abstracção selectiva (visão em túnel, filtro mental, filtro negativo) – um aspecto de uma situação complexa é o foco da atenção, enquanto outros aspectos relevantes da situação são ignorados. Uma parte negativa (às vezes neutra) da situação é realçado, e todos os aspectos positivos não são compreendidos. Ex.: “*Vês não há uma pessoa que goste de mim*”.
- Leitura mental – presumir sem evidências, que sabe o que os outros estão a pensar, não tendo em consideração outras hipóteses possíveis. Ex.: “*Ele não gostou do meu trabalho*”; “*Ele não gostou da minha apresentação*”.
- Rotulação – atribuir um rótulo global, rígido, numa pessoa ou situação, ao invés de rotular a situação ou comportamento específico. Ex.: “*Sou incompetente*”; “*Sou mesmo burro*”.
- Maximização e minimização – características e experiências positivas em si mesmo, no outro ou nas situações de vida são minimizadas enquanto o conteúdo negativo é maximizado. Ex.: “*Obter notas boas não que dizer que sou inteligente, os outros obtém notas melhores que as minhas*”.
- Imperativos (deveria e tenho-que) – interpretar eventos em termos de como as coisas deveriam ser, ao invés de simplesmente focar em como as coisas são. Afirmações absolutas na tentativa de providenciar motivação ou modificar comportamentos. Requisições realizadas a si mesmo, aos outros e ao mundo para evitar as consequências do não cumprimento das mesmas. Ex.: “*Eu tenho de ter controlo sobre todas as coisas*”; “*Eu devo ser perfeito no que faço*”.

Anexo VI – Indicadores de resultados

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus Curso de Mestrado Profissional de Saúde Mental e Psiquiatria

- Reflete acerca de como te sentias quando iniciamos as intervenções e como te sentes agora.
- As questões colocadas dizem respeito ao que sentes neste momento.
- Faz uma cruz na resposta que seleccionaste.

1 – Neste momento como consideras a tua auto estima:

- Aumentou
- Manteve-se
- Diminuiu

2 – Neste momento como pensas que enfrentas os teus problemas:

- De uma forma mais eficaz
- Da mesma forma
- De forma ineficaz

3 – Relativamente ao comportamento assertivo. Neste momento como consideras o teu comportamento:

- Passivo
- Assertivo
- Agressivo

4 – Em relação ao isolamento. Neste momento consideras que:

- Não te isolas
- Isolaste menos
- Isolaste mais

5 – Neste momento como consideras o teu bem-estar:

- Melhor
- Na mesma
- Pior

6 - Relativamente à tua imagem corporal. O que pensas e sentes em relação ao teu corpo:

- Sentes-te melhor em relação ao mesmo
- Na mesma
- Sentes-te pior em relação ao mesmo

7 – Neste momento como consideras a tua alimentação:

- Tenho uma alimentação mais saudável
- Na mesma
- Tenho problemas com a alimentação

8 - Em relação à satisfação com a tua vida. Neste momento como te sentes em relação à tua vida:

- Sinto-me satisfeito

- Depende das situações
- Sinto-me insatisfeito

9 - Em relação à ansiedade. Neste momento consideras que:

- A minha ansiedade aumentou
- A minha ansiedade manteve-se
- A minha ansiedade diminuiu

10 - Relativamente à segurança/insegurança. Como te sentes neste momento:

- Mais seguro
- Na mesma
- Inseguro

11 – Relativamente às intervenções realizadas. Consideras que:

- As intervenções te ajudaram
- As intervenções não te ajudaram

Se respondeste **que as intervenções te ajudaram**, descreve de que forma estas intervenções te ajudaram.

Se respondeste **que as intervenções não te ajudaram**, fundamenta a tua resposta (o que podíamos ter feito diferente).