



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE  
DEUS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EM ADOLESCENTES  
COM ANSIEDADE EM CONTEXTO DE AMBULATÓRIO**

**Telma Cristina Canelas Montês da Silva, n. 34269**

Orientadora: Professora Maria Fátima Marques

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

Relatório de Estágio

Évora, Dezembro de 2016



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE  
DEUS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EM ADOLESCENTES  
COM ANSIEDADE EM CONTEXTO DE AMBULATÓRIO**

**Telma Cristina Canelas Montês da Silva, n. 34269**

Orientadora: Professora Maria Fátima Marques

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

Relatório de Estágio

Relatório do Ensino Clínico realizado sob a orientação da Prof.<sup>a</sup>  
Fátima Marques para a obtenção do grau de Mestre em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Agradecimentos,

Aos meus familiares, pela espera.

Aos meus amigos, pelos sorrisos.

Aos meus parceiros de treino, pela garra.

Aos meus colegas de trabalho, pela colaboração.

Aos meus professores, pelos conhecimentos.

Às enfermeiras Julieta e Teresa, pelos ensinamentos.

Aos jovens, pelo percurso.

Ao universo, pela oportunidade.

## **RESUMO**

### **PROJETO DE INTERVENÇÃO EM ADOLESCENTES COM ANSIEDADE EM CONTEXTO DE AMBULATÓRIO**

A adolescência é uma fase de transição, pautada de inúmeras alterações físicas, mentais e sociais. Diversos fatores influenciam a construção da identidade, podendo provocar reações de ansiedades. Estas podem transtornar o percurso do jovem, impedindo-o de tomar decisões eficazes, adequadas e benéficas. É importante saber identificar sintomas e controlá-los nos momentos em que podem ser prejudiciais. Para promover um desenvolvimento salutar, dotar os adolescentes de instrumentos que os ajudem a gerir a ansiedade, pode ser uma resposta. Este relatório descreve um percurso em ensino clínico, numa unidade de pedopsiquiatria, onde foram implementadas intervenções de enfermagem a adolescentes que apresentaram sinais e/ou sintomas de ansiedade. Visou trabalhar atitudes como, assertividade, autoconhecimento e capacidade de reflexão, e fornecer ferramentas como, técnicas de relaxamento e atividade física, demonstrando que é possível controlar a ansiedade e consequentemente apresentar comportamentos mais adequados e vantajosos.

Palavras-chave: Adolescência; ansiedade; intervenções de enfermagem.

## **ABSTRACT**

### **INTERVENTION PROJECT IN ADOLESCENTS WITH ANXIETY IN OUTPATIENT CONTEXT**

Adolescence is a transitional stage, guided with several physical, mental and social changes. The construction of identity is influenced by several factors which can cause anxiety reactions. These can cause disorders on their path, preventing it from taking effective, appropriate and beneficial decisions. It is important to identify symptoms and control them at moments that can be harmful. The answer may be, promote a healthy development by providing to adolescents tools to help them manage anxiety. This report describes a path in a clinical training, in a child and adolescent's psychiatry unit, where nursing interventions were implemented to adolescents who present signs and/or symptoms of anxiety. It aimed to work attitudes such as assertiveness, self-awareness and reflection, and provide them tools as relaxation techniques and physical activity, showing that it is possible to control anxiety and consequently, obtain a more appropriate and beneficial behavior.

Keywords: Adolescence; anxiety; nursing interventions

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

BAI - *Beck Anxiety Inventory*

CEMI - Câmara dos Especialistas de Medicina Integrativa

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNSM - Coordenação Nacional para a Saúde Mental

IMC - Índice de massa corporal

NIC – *Nursing Intervention Classification*

NOC – *Nursing Outcomes Classification*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHDA - perturbações de hiperatividade e défice de atenção

WHO - World Health Organization

## ÍNDICE

<b>0 – INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>1 - CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM</b>	<b>12</b>
<b>2 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA PERTINENCIA DA POPULAÇÃO ALVO</b>	<b>18</b>
2.1. - Saúde mental na adolescência	20
2.2. - A ansiedade como resposta ao <i>stress</i> na adolescência	23
2.3 - Importância da prevenção e promoção em saúde mental na adolescência	27
2.3.1. - <i>Importância da comunicação</i>	29
2.4. - Processo de seleção dos adolescentes que constituem a população alvo	33
<b>3 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS A DESENVOLVER NO ENSINO CLÍNICO</b>	<b>35</b>
<b>4 - AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE INTERVENÇÃO</b>	<b>38</b>
<b>5 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS CASOS CLÍNICOS</b>	<b>43</b>
5.1- Jovem A	43
5.1.1. – <i>Diagnóstico de enfermagem</i>	48
5.1.2. – <i>Intervenções de enfermagem e planeamento de sessões</i>	49
5.1.3. – <i>Resultados Esperados</i>	55
5.2 - Jovem B	56
5.2.1. – <i>Diagnóstico de enfermagem</i>	61
5.2.2. – <i>Intervenções de enfermagem e planeamento de sessões</i>	62
5.2.3. – <i>Resultados esperados</i>	71
5.3. – Outros casos acompanhados	73
<b>6 - ANÁLISE, LIMITAÇÕES E REFLEXÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS</b>	<b>110</b>
<b>7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>117</b>

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>ANEXOS</b>	<b>124</b>
ANEXO I - Tabelas representativas dos dados relativos a 2015	125
ANEXO II - Guião de entrevista de diagnóstico	127
ANEXO III - Questionário aplicado aos jovens na entrevista de diagnóstico	129
ANEXO IV - Inventário de ansiedade de <i>Beck</i>	131
ANEXO V - Consentimento informado	133
ANEXO VI - Folheto sobre atividade física	135
ANEXO VII - Técnica de relaxamento de <i>Jacobson</i>	137
ANEXO VIII - Técnica de relaxamento utilizada com a jovem A	140
ANEXO IX - Avaliação de sinais vitais	142
ANEXO X - Inventário de ansiedade de <i>Beck</i> jovem A	144
ANEXO XII - Escala de emoções	147
ANEXO XIII - Sopa de letras	152
ANEXO XIV - Árvore de natal dos desejos	154
ANEXO XV - Frases incompletas	157
ANEXO XVI - Inventário de ansiedade de <i>Beck</i> jovem B	161
ANEXO XVII - Jogo dos sentimentos	164
ANEXO XVIII - Cenários do treino assertivo	167
ANEXO XIX - Frases incompletas	169
ANEXO XX - Imagens sobre trabalho de equipa e de ajuda	173
ANEXO XXI – Inventário de ansiedade de <i>Beck</i> jovem C	177
ANEXO XXII - Jogo sobre emoções jovem C	180
ANEXO XXIII - Sopa de letras jovem C	183
ANEXO XXIV – Vídeo do exercício de respiração	185
ANEXO XXV- Jogo das frases incompletas jovem C	187
ANEXO XXVI – Questionário jovem D	190
ANEXO XXVII - Inventário de ansiedade e <i>Beck</i> jovem D	192
ANEXO XXVIII - Questionário jovem E	195
ANEXO XXIX - Inventário de ansiedade de <i>Beck</i> jovem E	197
ANEXO XXX - Questionário jovem F	199
ANEXO XXXI - Inventário de ansiedade de <i>Beck</i> jovem F	202

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Distribuição por sexo em percentagem	14
GRÁFICO 2 - Distribuição por idades em percentagem	14
GRÁFICO 3 - Distribuição por proveniência em percentagem	15

## 0 - INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase com mudanças físicas e emocionais importantes para a construção da identidade. Apesar da aquisição de habilidades sociais, se iniciar na infância, é aqui que se consolidam e condicionam as estratégias que poderão ser utilizadas na gestão de situações geradoras de *stress*. Quando esta gestão não tem os melhores resultados, poderá desencadear respostas menos adequadas, e, por conseguinte, problemas de saúde mental. Uma das respostas ao *stress* pode ser a ansiedade, uma vez que é um sinal de alerta quando estamos em presença de uma ameaça. É a emoção relacionada ao comportamento de avaliação do risco que é evocado em situações em que o perigo é incerto (ameaça potencial), seja porque o contexto é novo ou porque o estímulo do perigo esteve presente no passado, mas não está atualmente no meio ambiente (Graeff, 2007). Os adolescentes enfrentam no seu quotidiano uma panóplia de situações *stressantes* que provocam ansiedade, que a um determinado nível se torna um obstáculo na tomada de decisões. Logo, parece ser pertinente que exista, não só a prevenção, mas igualmente uma promoção de boa saúde mental, contribuindo para que estes adolescentes se dotem das estratégias adequadas para desenvolver tomadas de decisão assertivas no seu percurso de vida.

A enfermagem de saúde mental, através das competências do enfermeiro especialista, permite implementar planos de estratégias de empoderamento que possibilitam desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010).

Assim, o trabalho apresentado e por mim desenvolvido, tem o intuito de fornecer ferramentas aos adolescentes selecionados, para que, mais eficazmente, sejam autónomos na gestão desses fatores.

É uma área que merece preocupação e investimento, sendo importante contribuir para o desenvolvimento de capacidades, como sejam as de reflexão, de crítica, de tomada de decisão, de formulação de opinião, bem como, promover o autoconhecimento, autoconfiança e autoestima. Desta forma estarão mais aptos e autónomos no momento decisivo, entre optar por um comportamento desadequado ou um comportamento assertivo, que poderá fazer a diferença num futuro a curto, médio e longo prazo.

O trabalho realizado envolveu adolescentes dos 11 aos 16 anos inclusive, utentes do serviço de psiquiatria da infância e adolescência do Hospital Distrital de Santarém.

Como objetivo geral demarco:

- Desenvolver competências clínicas de avaliação diagnóstica, planeamento, intervenção terapêutica e avaliação de cuidados, na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ao adolescente com ansiedade no contexto de ambulatório.

Procuro também alcançar uma maior capacidade de autorreflexão, fundamentação e análise crítica, bem como, adquirir a capacidade de compreender o processo de saúde mental e as alterações comportamentais que poderão surgir, uma vez que tal é crucial para construir todo o processo de enfermagem.

Irei apresentar casos clínicos, passando pela avaliação diagnóstica, planeamento, intervenções terapêuticas e avaliação.

Assim, o presente relatório segue com a caracterização e análise do contexto, com a contextualização da pertinência da população alvo em que serão focados pontos sobre a saúde mental na adolescência, a ansiedade como resposta ao *stress*, a importância da prevenção e promoção em saúde mental e ainda a caracterização da população alvo. Na sequência, teremos a definição das competências a atingir e o percurso que efetuei para o cumprimento desse objetivo, envolvendo aqui a descrição dos casos clínicos. Segue a reflexão e análise crítica do percurso e as considerações finais, onde apresento as limitações e condicionantes do referido percurso.

## **1 - CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM**

O serviço de psiquiatria da criança e do adolescente do Hospital Distrital de Santarém está inserido como unidade no departamento de psiquiatria e saúde mental e serve uma população de cerca de 61752 habitantes. Tem como objetivo promover a saúde mental das crianças e adolescentes, dos 4 (ou menos) aos 17 anos e 364 dias, através do diagnóstico, da orientação e do tratamento psicológico e psiquiátrico. O departamento é constituído pelo serviço de psiquiatria, unidade de pedopsiquiatria e unidade de psicologia. É dirigido por uma médica psiquiatra, e a unidade é coordenada por outra médica psiquiatra. Em termos de enfermagem, o departamento é coordenado por uma enfermeira especialista na área de saúde mental e a unidade de pedopsiquiatria funciona com uma enfermeira generalista.

A equipa multidisciplinar da unidade acima referida, é constituída por três pedopsiquiatras, três psicólogas, uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional, uma assistente operacional e uma assistente social em tempo parcial.

Tem como valências a consulta externa, onde se insere a primeira consulta ou consulta de triagem e a consulta de psiquiatria que engloba: grupos terapêuticos, psiquiatria de ligação, psicologia, intervenção de enfermagem individual ou em grupo, intervenção social, hospital de dia, psicomotricidade e formação inter-hospitalar e intra-hospitalar.

Em termos de estrutura física, o serviço tem um gabinete de enfermagem, uma sala de psicomotricidade, gabinetes de psicologia, gabinetes médicos, um Wc, sala de hospital de dia, uma sala de espera comum ao serviço de adultos, e ainda um espaço onde se encontram jogos, cadeiras, livros, e outros materiais lúdicos e/ou pedagógicos.

As consultas de triagem servem para diagnóstico inicial e encaminhamento para a vertente que pareça a mais adequada, através da avaliação presencial do utente e do cuidador. Não são apenas as crianças e/ou adolescentes que recebem encaminhamento, uma vez que frequentemente os pais também necessitam de alguma intervenção, razão pela qual nestas consultas também são encaminhados para um grupo terapêutico se for o caso.

Os problemas de saúde mental que surgem na criança ou adolescente, podem ser percebidos pelo próprio de modo subjetivo como ansiedade, medos, fobias, irritabilidade, tristeza ou queixas somáticas, ou então manifestarem-se através de comportamentos

como heteroagressividade, impulsividade, problemas de atenção ou problemas de conduta antissocial. É importante perceber ainda de onde partem as preocupações acerca da criança ou jovem. Habitualmente provém de um adulto e não da própria criança, sendo por exemplo frequente que partam de um ou ambos os pais, de um outro familiar, de uma educadora ou professora, ou de um psicólogo escolar (Santos, 2015).

As consultas são realizadas na presença de uma pedopsiquiatra, uma psicóloga e uma enfermeira e decorrem duas em simultâneo em salas diferentes sendo que a enfermeira, por ser apenas uma, se encontra somente numa das consultas. Nem todas as crianças e adolescentes referenciados pelo exterior estão bem encaminhados, razão pela qual esta consulta serve também para despistar aqueles com quem este serviço não pode colaborar. São referenciados pelo seu médico de família, médico assistente e/ou através de pedidos internos de outras especialidades, não podendo por isso, os pais ou outros que não médicos, pedir diretamente apoio.

As referências que provêm de um profissional chegam, em forma de um relatório, com a descrição dos problemas ou dificuldades detetadas. Nestas consultas é importante ouvir a perspetiva que a família tem sobre o que vem relatado, bem como a própria criança ou adolescente. Segundo Santos (2015), a descrição de um cuidador necessita também de ser avaliada porque o adulto poderá estar menos tolerante se estiver a vivenciar um estado deprimido, ansioso ou a experienciar uma situação de grande *stress*. O problema poderá ainda resultar de uma má articulação cuidador-professora, de um conflito mãe-avó ou outro familiar significativo. Portanto, pode advir de um conjunto de vários fatores, sendo por isso importante perceber o que está na origem do encaminhamento, não só lendo o relatório, mas também auscultando a criança/adolescente bem como os cuidadores.

Normalmente o hospital de dia funciona duas vezes por mês e engloba três momentos. Na primeira hora estão com a enfermeira que realiza atividades de psicoterapia e psicoeducação, e após este momento poderão estar com a terapeuta ocupacional, psicólogo ou pedopsiquiatra. Na hora seguinte, a enfermeira ocupar-se-á do grupo terapêutico constituído pelos pais. A psicoeducação é uma das atividades mais importantes e poderá ser designada de informação e apoio, correspondendo à educação que pode ser dada às crianças e suas famílias para compreenderem os problemas (Santos, 2015).

A área que este serviço abrange é enorme e há crianças e pais que se deslocam de distâncias de 100km para estas atividades. Os grupos são formados no início do ano letivo e terminam com o mesmo, porque, pela experiência dos profissionais do serviço, os pais

apenas colaboram durante este tempo, sendo que fora dele é muito difícil manter as intervenções de forma efetiva, dada a elevada quantidade de faltas às atividades calendarizadas.

Em termos de calendarização, o atendimento de enfermagem distribui-se da seguinte forma:

Segunda-feira – consultas de triagem com equipa multidisciplinar.

Terça-feira – Hospital de Dia e grupos terapêuticos assim como consultas de enfermagem.

Quarta-feira – Reuniões de departamento, de serviço, formação e reuniões com estruturas sediadas na comunidade. Grupos terapêuticos/consultas de enfermagem.

Quinta-feira – Hospital de Dia e consultas de enfermagem.

Sexta-feira – Consultas de enfermagem.

Os registos de enfermagem são realizados, utilizando um *software* específico, o SClínico, que contempla os registos médicos, de enfermagem, processos clínicos e gestão de documentos. Os registos dos atos de enfermagem são aí efetuados quer a nível de internamento ou consultas, ou outra área onde se verifique a intervenção do enfermeiro. São efetuados os registos de evolução, sinais vitais, medicação, marcações e desmarcações entre outros, de modo a que os registos abarquem todos os atos de enfermagem.

Apesar de se planearem os acompanhamentos, o tempo médio está relacionado com a evolução positiva dos jovens. Após o acompanhamento pelos técnicos de referência, há uma reavaliação multidisciplinar a partir da qual podem ter alta, ou, se necessário, mantém-se o acompanhamento até que se verifique evolução positiva e se faça nova reavaliação. As altas são dadas dependendo do tipo de acompanhamento. Se é só acompanhamento médico é este que dá a alta clínica. Se a criança/adolescente está a ser acompanhada por um ou mais elementos técnicos da equipa, a alta é dada pelos elementos que acompanham o processo terapêutico e após reavaliação multidisciplinar é dada alta clínica. O mesmo acontece se estão a frequentar o hospital de dia ou grupo terapêutico. Quando faltam às consultas e avisam, solicitando nova marcação, é marcada nova data; - porém, quando faltam e não avisam, nem solicitam nova marcação, é dada alta por abandono. Nas atividades programadas de hospital de dia ou grupo terapêutico, os pais assinam um acordo terapêutico, onde são informados de que, perante a ocorrência de três faltas consecutivas não justificadas, é dada alta por abandono.

Em geral, os motivos de pedido de consulta passam por alterações de comportamento, perturbações reativas, hiperatividade, perturbações da ansiedade, perturbações do desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem e síndrome depressivo. No ano de 2015, estes pedidos foram na sua maioria, alterações de comportamento, perturbações reativas, perturbações de hiperatividade e défice de atenção (PHDA), perturbações de ansiedade, perturbações do desenvolvimento, dificuldade de aprendizagem e sintomatologia depressiva, as quais, segundo Santos (2015), são as que igualmente se verificam como predominantes em território nacional.

Segundo a Coordenação Nacional para a Saúde Mental (CNSM, 2009b), na primeira infância as principais queixas são funcionais, nomeadamente as alimentares e as do sono, como insónia grave, as do comportamento, sobretudo as de oposição, e as dificuldades na interação pais filhos, nomeadamente na relação mãe-bebé. É ainda frequente a dificuldade do bebé em se autorregular e mostrar interesse no mundo, em envolver-se na relação com o outro e em estabelecer relações diferenciadas, bem como, podem ainda surgir problemas de ausência de reciprocidade interativa e de capacidade de iniciar interação.

Na unidade de psiquiatra da criança e do adolescente do referido hospital, e segundo os dados empíricos existentes na unidade, em cada idade há um leque de problemas mais comuns. A partir dos 6 anos, coincidente com a entrada para a escola, a maioria das queixas é ocupada com problemas de comportamento, sobretudo os marcados pela instabilidade e agressividade, bem como as dificuldades de aprendizagem e as perturbações de hiperatividade e défice de atenção.

Segundo a CNSM (2009b), para além dos anteriormente referidos, surgem ainda, problemas de ansiedade, preocupações ou medos excessivos, dificuldades em adormecer e pesadelos muito frequentes, oposição persistente, birras inexplicáveis e desadequadas para a idade, bem como, dificuldades na socialização com isolamento ou relacionamento desadequado com pares ou adultos. As somatizações múltiplas ou persistentes, também prevalecem nesta fase.

Na fase da adolescência, e de acordo com os mesmos dados, são sobretudo as queixas de desafio/oposição, perturbações de ansiedade, perturbações reativas e síndrome depressivo. Nos casos mais graves, parece existir disfuncionalidade familiar importante, com dificuldades emocionais associadas.

Isto vai de encontro ao que a CNSM (2009b) descreve como prevalentes nesta etapa, acrescentando ainda a incapacidade para lidar com problemas e atividades

quotidianas, somatizações múltiplas ou persistentes, ideação suicida, tentativas de suicídio, isolamento relacional, alterações do pensamento e da percepção, sintomatologia obsessivo-compulsiva, insónia grave persistente, restrição alimentar, preocupação com o peso, comportamentos purgativos, passagens ao ato impulsivas (agressivas ou sexuais), comportamentos autoagressivos e fugas e ainda, comportamentos antissociais repetidos.

Em 2015, tendo por base os dados recolhidos na unidade (ANEXO I), e de acordo com o sexo, foram atendidos 356 crianças e jovens do sexo masculino, correspondendo a 53,5% e 310 do sexo feminino, correspondendo a 46,5%, o que perfaz um total de 666 casos.



Gráfico nº1 - Distribuição por sexo em percentagem

Foram atendidas 2 crianças dos 0 aos 3 anos, correspondendo a 0,3%, e 82 dos 3 aos 6 anos que corresponde a 12,3%. 229 das crianças atendidas, pertencem ao intervalo de idade dos 7 aos 10 anos, correspondendo a 34,4%. Dos 11 aos 14 anos temos 237 jovens que respeita a 35,6% e dos 15 aos 18 temos 116 que corresponde a 17,4%, perfazendo um total de 666 casos.

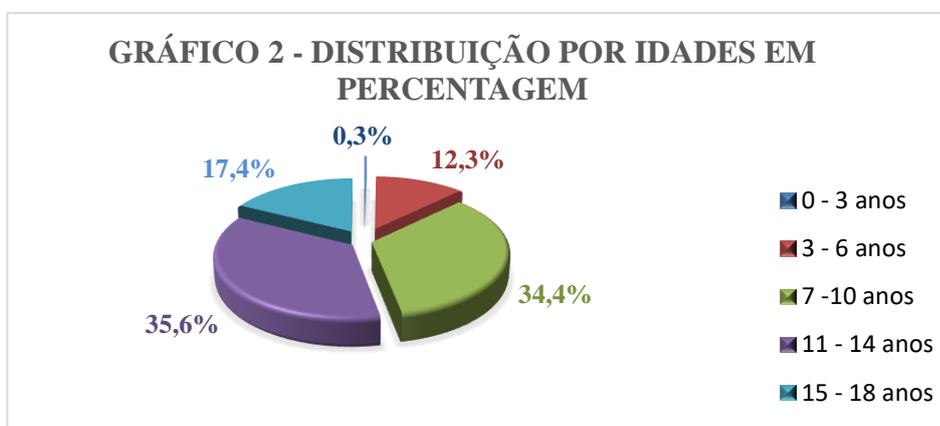


Gráfico nº2 - Distribuição por idades em percentagem

Relativamente à proveniência, foi atendida apenas uma criança referenciada pela comissão de proteção de menores, correspondendo a 0,2%. Da consulta externa foram provenientes 218 utentes o que corresponde a 32,7% e do médico de família, 407, correspondendo a 61,1%. De outras proveniências foram atendidos 40 utentes correspondendo a 6% dos casos, o que perfaz no seu conjunto 666 atendimentos.

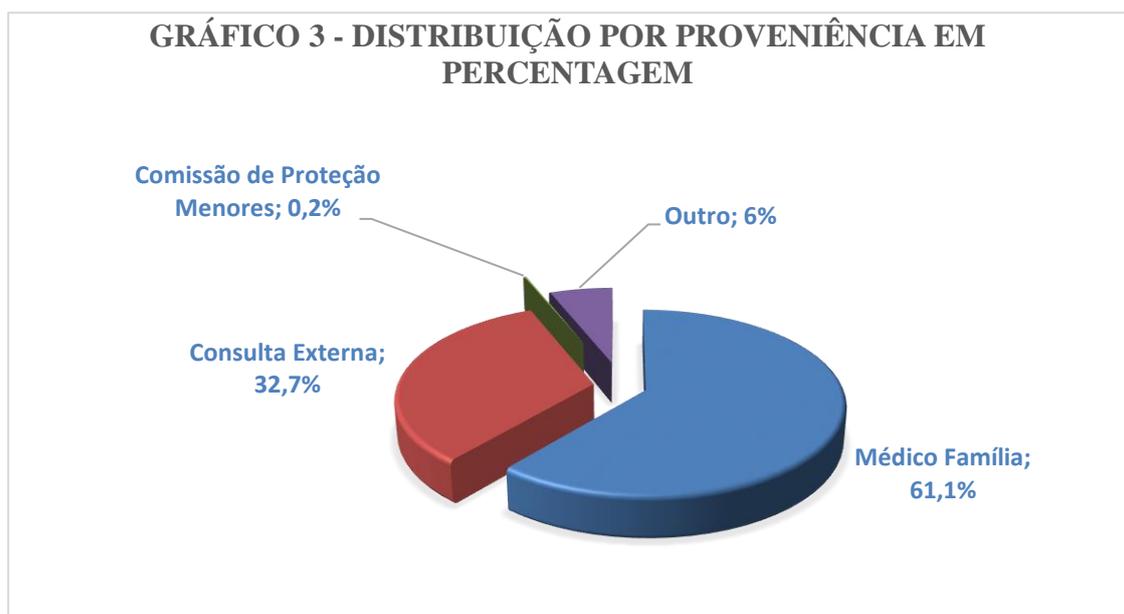


Gráfico nº3 - Distribuição por proveniência em percentagem.

Em termos de síntese e numa leitura simples e conjunta dos gráficos, podemos afirmar que recorreram à unidade mais utentes do sexo masculino que feminino, a maioria situa-se entre os 7 e os 14 anos de idade e a maior parte vem referenciado pelo médico de família.

Estando os intervalos de idades com mais expressão, inseridos na fase escolar, a possibilidade de identificar problemas do foro cognitivo e de aprendizagem é elevada, dada a proximidade relacional com os professores. Sabe-se aliás, que muitas das situações são detetadas pelos professores, os quais, relatando as suas preocupações aos pais, podem sugerir um encaminhamento especializado. Perante o confronto com a situação real, é frequente os pais procurarem o médico de família, sendo este o responsável final pelo encaminhamento da criança/jovem para um apoio especializado, o que poderá justificar a evidência dos dados.

## 2 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA PERTINÊNCIA DA POPULAÇÃO ALVO

Os sinais exteriores de uma doença mental são normalmente comportamentais, e a sua etiologia continua a ser discutida em torno da natureza *versus* educação. É difícil perceber se é o emocional que causa o físico ou o oposto. Portanto, encontramos explicações biológicas e psicológicas no caminho para o encontro das suas causas (Neeb, 2000). A doença mental afeta as emoções, comportamentos e pensamentos, que em determinados casos leva à incapacidade de relacionamento e adaptação à vida quotidiana. Ter saúde mental é conseguir interagir com o mundo que nos rodeia e desempenhar os papéis que lhe são exigidos de certa forma.

Durante o percurso de vida a pessoa tem de enfrentar obstáculos, desafios e contrariedades, que poderão gerar frustrações e oscilações no estado de espírito. Assim, não é possível ter uma definição linear de saúde, sem ter em consideração esses balanços ou afastamento das regras e condições normais do quotidiano, centrando-a na capacidade de resolver os problemas diários com o objetivo de equilibrar os vários ramos da vida humana. Desde a constituição da Organização Mundial de Saúde, em 1946, que, o conceito de saúde é definido com um estado completo de bem-estar, com três dimensões, a física, a mental e a social. É um valor coletivo e não só do indivíduo, sendo um direito fundamental da pessoa humana e deve ser usufruído sem prejuízo do outro e em prol de todos. O conceito de saúde surge, portanto de uma forma mais ampla, o que significa que respeita a noção de saúde *dinâmico-social* e *socioeconómica*, uma vez que saúde também é considerada uma resposta do indivíduo às condições do meio onde vive, resposta esta que deve ser analisada sob três planos ou dimensões: saúde física, saúde mental e saúde social. Para que a pessoa possa estar em equilíbrio no meio onde vive, é preciso responder de forma eficaz aos efeitos da vida económica e às exigências da vida social. Surge por isso a noção de saúde mental como um conjunto de respostas psíquicas ajustadas, de boa adaptação, de relações humanas satisfatórias na família, no trabalho e na comunidade (Câmara dos Especialistas de Medicina Integrativa [CEMI], 2014).

O bem-estar social ou saúde social é aquela resposta ou ajustamento, às exigências do meio, e depende fundamentalmente das condições socioeconómicas da comunidade onde se vive, da distribuição da riqueza circulante e da oportunidade oferecida para que participe no esforço organizado da comunidade. Onde não há bem-estar social, tanto a saúde física como a saúde mental descompensam levando a repercussões a longo prazo (CEMI, 2014).

Tendo em conta o que dissemos, poderemos definir saúde mental como um estado de equilíbrio e gestão, razoável, das oscilações da vida quotidiana, numa tentativa de optar por comportamentos normais e com consequências benignas. Surge então o conceito de normalidade que poderá ser definido, segundo Kaplan, Sadock, e Grebb, (1997), como o abarque de quatro perspetivas funcionais que representam a totalidade das abordagens das ciências comportamentais e sociais. Offer e Sabshin (1966, citados em Kaplan, et al., 1997) definiram essas perspetivas como: normalidade como saúde, normalidade como utopia, normalidade como a média e normalidade como processo. A primeira refere-se a um estado razoável em vez de ótimo, de saúde, onde a ausência de sinais e sintomas é indicador de saúde. A utopia entende-se como a mistura harmoniosa e ótima dos diversos elementos da dimensão mental. A terceira, define que um comportamento é normal quando se encontra na faixa intermediária da curva senoidal e todo aquele que se afasta será o comportamento desviado do normal. A normalidade como processo, realça a interação de vários sistemas, salientando a importância das alterações temporais na sua definição.

Para se adoecer mentalmente, é necessário que uma ou diversas capacidades humanas fracassem de certa forma. Segundo Neeb (2000) as capacidades necessárias para a manutenção de saúde mental englobam a flexibilidade, o ter sucesso, estabelecer relações próximas, julgar adequadamente, resolver problemas, lidar com o *stress* do dia-a-dia e sentir o *eu* de forma positiva.

A capacidade de uma pessoa lidar com seus próprios problemas, vencer obstáculos e não ceder à pressão, seja qual for a situação, chama-se resiliência. A resiliência demonstra se uma pessoa sabe ou não funcionar bem sob pressão e pode ser definida como um processo dinâmico que compreende a adaptação positiva num contexto de adversidade significativa (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Subentendida a esta definição está a noção de duas condições críticas: a exposição a uma ameaça ou adversidade significativa, e conseguir a adaptação positiva apesar das graves interferências no processo de desenvolvimento (Garmezy, 1990; Luthar & Zigler, 1991; Masten, Best, & Garmezy, 1990; Rutter, 1990; Werner & Smith, 1982, 1992, citado em Luthar, et al, 2000).

Através de várias leituras e outras abordagens do tema, constatei que os problemas de saúde mental podem ainda estar relacionados ao *stress* excessivo, devido a uma situação ou uma série de eventos em particular. Poderá surgir num contexto de gestão de uma doença física como no caso de neoplasias ou doenças crónicas. Podem ainda surgir

por causas ambientais, fatores genéticos, desequilíbrios bioquímicos, ou uma combinação destes. É natural que em determinado período da vida, alguns destes fatores desequilibre o indivíduo e, portanto, é necessário retomar o equilíbrio através das capacidades que vai adquirindo ao longo do seu percurso de vida. Aprender a lidar e a tomar consciência de si, será o primeiro passo para perceber os próprios limites e ordenar as habilidades para resolver esses momentos. Quando o desenvolvimento da personalidade se dá de forma ajustada, são adquiridos mecanismos que o indivíduo utiliza para se adaptar à situação stressante e recorrer a comportamentos adequados à mesma, que visam o retorno ao equilíbrio. Quando estes mecanismos individuais –  *coping*  - não estão estruturados ou não foram assimilados o indivíduo tem em risco a sua saúde mental.

## 2.1. - Saúde mental na adolescência

A abordagem dos profissionais de saúde nos comportamentos dos adolescentes reveste-se de especial relevância nas suas opções de vida, uma vez que permite dotá-los de maior poder. O maior contributo que se poderá fornecer ao indivíduo e às comunidades é o  *empowerment* , que segundo a World Health Organization (WHO, 2009a), é mais do que a participação ou envolvimento das comunidades, pois implica o domínio e ação da comunidade na mudança social e política. É um processo de renegociação, com o objetivo de alcançar maior controlo, considerando que se algumas pessoas tiverem poder, então outros irão adquirir esse poder, iniciando-se um processo de partilha (Baum, 2008 citado em WHO, 2009a). O poder é um conceito central na fortificação da comunidade e promoção da saúde. É um processo contínuo, no qual indivíduos e/ou comunidades adquirem capacidades, fomentam parcerias e ganham voz, ou seja, poderes necessários para ganharem controlo sobre as próprias vidas. Logo, empoderar a pessoa pode ajudá-la a compreender as suas próprias situações e aumentar o controlo sobre os fatores que afetam a sua vida. Uma vez que a adolescência é um período crítico na vida de cada indivíduo em que o jovem vivencia descobertas significativas e afirma a sua personalidade e a individualidade, este legado de poder torna-se crucial para a adoção de respostas mais adequadas às adversidades, bem como para uma melhor capacidade de gestão de conflitos e crises. O investimento em estratégias para a proteção da saúde mental no desenvolvimento dos adolescentes, torna-os não só mais resilientes durante esta etapa, mas também mais fortes no futuro como adultos. Estima-se que 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental, de acordo com a Coordenação

Nacional para a Saúde Mental (CNSM, 2009), sobre a prevalência de perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência.

Como o que se pretende nesta etapa de vida, é potencializar a adaptabilidade social e adequar o melhor possível as suas respostas, a atuação que poderá ser facilitadora, será a identificação precoce e o tratamento de problemas múltiplos em adolescentes, com vista a minorar ou mesmo eliminar problemas entre aqueles que têm um risco elevado para perturbações a longo prazo, com repercussões a nível do bem-estar e saúde positiva.

Considera-se que a adolescência é o período situado entre a infância e a vida adulta, correspondendo à época entre os 10 e os 19 anos (WHO, 2014). É uma etapa que se caracteriza por mudanças, quer físicas quer nas capacidades cognitivas e no ajustamento emocional e social (Hussong & Chassin, 2004, citado em Borges, Manso, Tomé, & Matos, 2008).

Segundo Erickson (1976, citado em Townsend, 2002), esta construção deve ser efetuada de forma satisfatória e em cada etapa há uma crise para ser ultrapassada sendo que no caso da adolescência é a crise de identidade. Toda a preocupação do adolescente em encontrar um papel social, provoca uma confusão de identidade e a preocupação com a opinião dos outros, provoca uma mudança constante de atitudes, remodelando a sua personalidade. Estas modificações são muitas vezes efetuadas em curtos períodos de tempo, seguindo o mesmo ritmo das transformações físicas que estão a ocorrer em simultâneo na vida. Definiu estágios psicossociais, onde descreveu algumas crises pelas quais o ego passa ao longo do ciclo vital, e das quais o sujeito sai com um ego (no sentido freudiano) mais ou menos fortalecido, de acordo com sua vivência do conflito.

Entre os 12 e os 20 anos, o sujeito vive a fase da Identidade *versus* Confusão de Papéis. É durante esta crise de identidade que o adolescente se poderá sentir vazio, isolado, ansioso, ou até mesmo incapaz de se encaixar no mundo adulto, podendo levar a uma regressão, ou a uma projeção das suas tendências nos outros porque não se suporta a si mesmo. Esta é uma etapa crucial, uma vez que são revividos todos os conflitos vividos nas fases anteriores, procurando integrar as tarefas já dominadas, no sentido de desenvolver um sentimento de segurança do *eu*. Tal tem o intuito de adquirir confiança, estabilidade emocional e a perceção de si mesmo como um ser único, alcançando a noção de sentido e da finalidade da vida. Por tudo isto, se as fases anteriores não ficarem bem resolvidas, então esta crise será ultrapassada com mais dificuldade podendo gerar sequelas.

Ao chegar à puberdade, tanto as alterações hormonais e morfológicas bem como a emergência de novas capacidades de sentir, pensar e agir, impõem-se. As perturbações da ansiedade são frequentes, existindo profundas transformações que provocam um sentimento de inquietação, de estranheza em relação a si próprio, tornando-se crítico, e manifestando-se através de distanciamento e de rebeldia à mínima contrariedade (Brito, 2011).

Na adolescência desenvolve-se o pensamento abstrato, que embora seja considerado uma mais-valia no desenvolvimento humano, poderá constituir um obstáculo na perceção de si próprio, conduzindo a comportamentos desajustados, ou seja, poderá levar a um autoconceito irrealista que se traduz tanto numa sobrevalorização com uma aceitação de desafios superiores àqueles que estará apto para desenvolver, como em desvalorização de si mesmo, resultando a situação inversa. Portanto, o desenvolvimento do autoconceito nesta fase está relacionado com uma série de fatores existentes nos contextos de vida do adolescente, nomeadamente: - o feedback dos outros significativos acerca da competência pessoal, como por exemplo, a opinião dos pares e a dos pais; - a comparação com os outros; - a pressão do contexto escolar ou desportivo, que se torna progressivamente mais exigente (Faria, 2005).

O desenvolvimento cognitivo nesta fase, faz, portanto, desenvolver a capacidade de se autodescrever de forma mais diferenciada e específica, exigindo para isso, integração, organização e estruturação, para que o adolescente possa construir um *self*, consistente ao longo das várias situações de vida, e no desempenho dos diferentes papéis sociais (Faria, 2005).

Em termos de conceito físico, as raparigas parecem valorizar mais a dimensão de aparência física, e sentem-se mais insatisfeitas com a mesma, sendo que, quanto mais precoce a puberdade, mais se exacerba esta insatisfação. Pelo contrário, nos rapazes a maturidade física tardia parece ser mais negativa, devido à menor força física e à aparência física menos adequada ao estereótipo masculino. A maturidade física precoce está associada a maior aceitação social, prestígio e autoestima positiva, o que até pode prejudicar o desenvolvimento escolar (Brooks-Gunn & Reiter, 1993, citado em Faria, 2005). O autoconceito físico tem um carácter multidimensional e isso implica que as mudanças operadas em qualquer uma das dimensões, possa originar transformações mais globais do sistema do *self* físico, bem como na organização das várias componentes do autoconceito físico (Silva, 1998, citado em Faria, 2005).

Perante todas estas alterações o adolescente poderá sentir-se ameaçado e, portanto, desencadear a reação normal da ansiedade que pode interferir com a aprendizagem e com a inserção escolar, comprometer a relação com o grupo de pares, acentuar os conflitos com a família e conduzir ao seu isolamento. Como resposta, o adolescente pode apresentar ataques de pânico, fobias, consumo de substâncias nocivas ou comportamento sexual de risco. É, portanto, uma experiência comum, funcional e transitória, cuja natureza e intensidade variam, em grande parte, de acordo com o estágio de desenvolvimento (Barrett, 1998 citado em Borges et al, 2008). Se a ansiedade aumentar de intensidade, pode tornar-se crónica e disfuncional no que concerne ao desenvolvimento sócio emocional do adolescente (Fonseca, 1998; Borges et al, 2008).

## 2.2.- A ansiedade como resposta ao *stress* na adolescência

Como o *stress* diário a que um adolescente está sujeito pode levá-lo à adoção de um comportamento desajustado, convém que, durante o seu desenvolvimento, adquira mecanismos para se adaptar às situações stressantes - *coping*.

De acordo com Neeb (2000, p.103), *coping* “ é o modo como cada indivíduo se adapta psicológica, física e comportamentalmente a um fator de stress”. Cada indivíduo tem os seus mecanismos para combater esses fatores. O *stress* e as respostas ao mesmo são assim fatores muito individualizados, uma vez que não estamos todos em *stress* pelos mesmos motivos e nem todas as situações constituem os mesmos motivos de *stress* para pessoas diferentes. A utilização destes mecanismos serve para ajudar a psique na gestão do *stress* e sendo eles eficazes, o comportamento que se adotará será mais próximo do saudável. O *coping* influencia a relação pessoa-meio e a resposta emocional, na medida em que a atividade cognitiva modifica o significado subjetivo da situação para o bem-estar do indivíduo e as ações transformam as relações pessoa-meio (Neeb, 2000).

O *stress* consiste em três processos: o primeiro é o processo de perceber a ameaça em si mesma; o segundo consiste em fabricar uma possível resposta a essa ameaça; o *Coping* é o terceiro processo e diz respeito à execução dessa mesma resposta. Na verdade, o facto de a pessoa já saber que existe esse potencial ou possível resposta, faz com que a ameaça se constituía menos temível.

Cada pessoa tem os seus valores, estilo, princípios, cultura, o que faz com que as diferenças individuais influenciem a forma como cada um utiliza o *coping*. Há, no entanto, uma certa estabilidade nos mecanismos usados por cada um, ou seja, há um

conjunto de mecanismos que cada um transporta e que se mantém o mesmo ao longo dos tempos e situações (Lazarus, 1984 citado em Carver, Weintraub & Scheier, 1989).

Existem dois tipos de estratégias de *coping*, as focalizadas na emoção e as focalizadas no problema. As primeiras centram-se no esforço para regular o estado emocional provocado pelo agente *stressor*, e são por exemplo, fumar um cigarro, correr, ver um filme, e têm como objetivo alterar o estado emocional. A estratégia focalizada no problema refere-se ao exercício para agir na origem do *stress* com o objetivo de alterar o problema existente, e pode ser dirigido a uma fonte externa, como por exemplo a negociação para resolver um conflito interpessoal ou pedir ajuda prática a outras pessoas. Quando o exercício para agir é dirigido a uma fonte interna, exige reestruturação cognitiva (Beresford 1994, citado em Dell’Aglío, 2000).

Os adolescentes utilizam mais, o *coping* focalizado na emoção, e os estudos mostram que as crianças e adolescentes utilizam uma grande diversidade de mecanismos empregando diferentes deles para diferentes contextos. As estratégias mais frequentes são o controlo do perigo e a busca de apoio social no *coping* ativo, e o planeamento de soluções e a distração passiva e ativa no *coping* interno. As menos frequentes são a autodestruição, agressão, *coping* de confronto, afastamento, relaxamento, e controlo da ansiedade (Boekaerts, 1996, citado em Dell’Aglío, 2000).

Quanto mais resiliente a pessoa for, maior a possibilidade de entender o fator *stressor* como benéfico ou neutro, sendo que esta característica pertence ao foro individual que participará na tentativa de alterar o fator *stressor*. A maior capacidade de encarar o *stress* de forma positiva leva a um melhor resultado interno e individual, uma vez que as estratégias de *coping* mais utilizadas por pessoas com uma maior capacidade de resiliência, são as de confronto direto dos problemas, ou seja, gerir o problema que se encontra na origem da perturbação do sujeito, em detrimento das estratégias de evitamento, isto é, através de estratégias passivas que reduzem a tensão emocional. (Pesce, Assis, Santos & Oliveira 2004).

Ao evitar a exposição dos adolescentes às complexidades e às dificuldades quotidianas, não se oferece contributo significativo para a construção e fortalecimento das suas competências pessoais e do seu bem-estar emocional. Portanto, é necessário que a pessoa durante o seu desenvolvimento esteja em contacto com situações frustrantes. Deve colocar-se a hipótese de que a resiliência é grandemente determinada pela maneira como os jovens percebem a sua capacidade para lidar com situações de risco e que, ainda se deve prestar atenção às formas como os indivíduos elaboram as suas próprias

experiências. Isto significa que é necessário que se considere as diferenças individuais e em que medida determinados fatores de risco influenciam o indivíduo, devendo ter-se em atenção que existe uma pluralidade de fatores de risco e fatores protetores envolvidos e que as crianças apresentam variações na vulnerabilidade ao stresse psicossocial. É ainda importante que a adversidade seja perspectivada como o resultado de influências tanto genéticas quanto ambientais e que as experiências familiares são uma influência importante e efetivada de diversas formas (Wolff, 1995, citado em Lemos, 2007).

Novas experiências representam novas oportunidades, podendo ter como efeito uma viragem no rumo dos acontecimentos. Isto significa que as novas experiências podem não exercer uma influência protetora, mas podem neutralizar alguns dos fatores de risco, porque o processamento emocional e cognitivo de novas experiências, pode influenciar o curso do desenvolvimento de resiliência (Rutter, 1999).

As intervenções dirigidas a jovens com resiliência baixa devem incidir nos fatores que os influenciam, centrando-se nos recursos protetores, como sejam, os recursos de nível individual, familiar ou recursos de nível social ou comunitário (Constantine et al., 1999; Olsson et al., 2003 citado em Lemos, 2007). Assim, é essencial dirigir também a atenção para a importância dos padrões de interação dentro e fora do contexto familiar (por exemplo, o papel do grupo de pares), bem como as características individuais no desenvolvimento de reações positivas e negativas em cadeia. (Lemos, 2007).

Uma lacuna nas habilidades sociais parece explicar a situação comportamental do indivíduo. Podemos definir habilidades sociais, como sendo a presença, no repertório do indivíduo, de diferentes classes de comportamentos sociais, para abordar de forma adequada as exigências das situações interpessoais. Quando existe uma falha significativa nestas habilidades, as relações neste âmbito poderão tornar-se limitadas, conflituosas, e condicionadoras de um comportamento positivo, interferindo com o grupo a que pertence e principalmente com a sua saúde mental do indivíduo (DelPrette A. & DelPrette, 2001; DelPrette A. & DelPrette, 2005, citados em Pinheiro, Haase, DelPrette, A., & DelPrette, 2006).

Diversos autores como Patterson, Reid e Dishion, 1992; Rutter, 1997; Simons, Chão, Conger e Elder, (2001), citados em Pinheiro et al, (2006), mostram através de pesquisas, que o comportamento antissocial parece ser a evolução de uma característica que se desenvolve precocemente na vida e, mesmo que não se mantenha na adolescência e na fase adulta, poderá ter consequências negativas no desenvolvimento do jovem. Argumentam ainda que crianças agressivas e opositivas estão em situação de risco de

desenvolver comportamentos transgressores na adolescência, uma vez que, frequentemente são educadas num ambiente em que os comportamentos dos pais e a suas respostas aos estímulos dos filhos são inadequados.

A assertividade permite uma reação mais adequada em situações que envolvem risco de reação indesejável, com controlo da ansiedade e expressão apropriada de sentimentos, desejos e opiniões (DelPrette A. & DelPrette, 2005, citado em Bortolini, 2012).

Para Piaget (1994, citado em Bortolini, 2012) as habilidades sociais do jovem devem ter presentes na sua educação três níveis de relacionamento, o emocional, o moral e o cognitivo. A assertividade inicia-se na infância e constitui-se como importante fator de proteção de problemas emocionais e comportamentais (Bortolini, 2012). É definida como o conjunto de comportamentos de um indivíduo numa determinada situação interpessoal, através dos quais manifesta, de modo apropriado, sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos (Caballo, 1998, citado em Bortolini, 2012), proporcionando a interação com o outro através de comunicação verbal e não-verbal adequada, facilitando a solução de problemas interpessoais, aumentando a autoestima, melhorando a qualidade de relacionamentos e promovendo tranquilidade (Falcone, 2002, citado em Bortolini, 2012).

A assertividade oferece a habilidade do sujeito se adequar a um contexto, com civismo, autocontrolo e expressividade emocional, de forma honesta, direta e apropriada sem perder direitos, nem atropelar os direitos dos outros (Oliveira, 2005). Uma falha significativa nesta habilidade, provoca vivências de, perda de oportunidade, autoimagem negativa, frustração, tensão, falta de autocontrolo e isolamento (Branco & Ferreira, 2006, citado em Bortolini, 2012).

A parentalidade positiva é outro dos fatores que pode condicionar o desenvolvimento de competências mais adequadas e potencializar as capacidades inatas dos filhos, uma vez que a forma de interação entre pais e filhos constitui um fator relevante que interfere na bagagem social dos filhos. Segundo Bolsoni-Silva, DelPrette e Oishi (2003), os pais que apresentem melhor bagagem dessas habilidades, tendem a educar filhos com maior aptidão para comportamentos adequados. A importância do afeto parental, o encorajamento e a assistência, a coesão e o cuidado dentro da família ou uma relação próxima com um adulto significativo, estão associados com a resiliência nos jovens, como mostram determinados estudos sobre a relação entre os fatores de risco familiares e os resultados de desenvolvimento negativos (Rutter, 1999).

A ansiedade nesta etapa de vida está frequentemente associada a situações de interação social, de tomada de decisões e de cumprimento de regras e limites. Além disso, e mesmo não estando presente conjuntamente com perturbações de natureza comportamental, faz parte do cotidiano dos jovens, uma vez que até certo ponto é uma resposta natural aos fatores mais incomodativos.

Borges et al. (2008) apresentam um estudo sobre a relação entre a ansiedade e o *coping* em pré-adolescentes e adolescentes, com idades compreendidas entre os 10 e os 22 anos. Os dados revelam que de entre os 45,7% do género masculino e 54,3% do género feminino, os sintomas de ansiedade se distribuíam da seguinte forma:

No estudo das diferenças entre a idade: - os jovens adultos revelaram mais sintomas de ansiedade, nomeadamente sintomas de tensão; - os pré-adolescentes relataram mais sintomas de ansiedade de separação/pânico.

No estudo relativo às diferenças de géneros: - as raparigas diferenciaram-se dos rapazes relativamente à ansiedade, relatando níveis gerais mais elevados comparativamente com os rapazes.

Essau, Conradt, e Peterman, (2000, citado em Borges et al., 2008) analisaram diversos estudos chegando à conclusão que estes resultados são transversais e que a prevalência das perturbações de ansiedade, embora com variações devido a fatores culturais, variava entre os 3 e os 13%. As raparigas apresentavam mais sintomas de ansiedade que os rapazes e a sintomatologia tende a aumentar com a idade, normalmente entre os 12 e os 15 anos de idade.

Matos, Barrett, Dadds e Short (2003, citado em Borges et al., 2008) realizaram um estudo transversal com adolescentes portugueses, entre os 10 e os 17 anos, do 6º, 8º e 10º ano de escolaridade de escolas públicas, onde verificaram que as raparigas apresentavam mais sintomas de ansiedade do que os rapazes. Estas diferenças de género nas perturbações de ansiedade são explicadas por duas correntes, em que uma invoca as diferenças determinadas genética ou biologicamente, ao contrário da segunda corrente, que assume que as diferenças estão relacionadas com as experiências e papéis sociais dos homens e das mulheres na sociedade.

### 2.3. - Importância da prevenção e promoção em saúde mental na adolescência

A pertinência da intervenção precoce no âmbito da saúde mental surge justificada pelo crescente desenvolvimento do número de pessoas com perturbação mental, que os

incapacita para uma vida social adequada e produtiva. Nos adolescentes torna-se ainda mais evidente a sua importância, dado que é daqui que muitas perturbações psiquiátricas ganham raízes. A intervenção precoce pode ser positivamente impactante no futuro dos jovens, significando uma idade adulta mais coerente e adaptada. A importância de se introduzir a prevenção o mais cedo possível, é defendida por estudos recentes da história natural da perturbação de conduta, ao afirmarem que, a que se inicia precocemente, designada por perturbação de conduta de início precoce, é compatível com os resultados mais pobres em termos de comportamento antissocial grave e crónico, sendo notável a subsequente comorbidade com outras perturbações, tais como a depressão, o uso abusivo de substâncias e o comportamento antissocial (Loeber et al., 1990; Moffitt, 1993; Robins, 1966, citado em Barnes, 1998).

A promoção da saúde nos jovens tem como intuito o incentivo de comportamentos saudáveis, pertinentes e mais adequados, e/ou a alteração de comportamentos, potencializando as capacidades do adolescente, e, por isso, prevendo uma idade adulta mais saudável e produtiva. A promoção da saúde mental implica a criação de condições individuais, sociais e ambientais que visem o desenvolvimento otimizado, tanto físico como psicológico, em busca de uma saúde mental positiva e de qualidade de vida, diminuindo a diferença na esperança de vida entre países e grupos. A intervenção precoce é a melhor arma de combate ao desenvolvimento de perturbações mentais, uma vez que, os hábitos de vida adotados pelo indivíduo e as escolhas pessoais ao longo de todas as etapas de vida, influenciam profundamente a saúde mental (WHO 2004a).

Como o que se pretende nesta etapa de vida é potencializar a adaptabilidade social e adequar o melhor possível as suas respostas, a atuação que poderá ser facilitadora, será a identificação precoce e o tratamento de problemas múltiplos em adolescentes, com vista a minorar ou mesmo eliminar problemas entre os que têm um risco elevado para perturbações a longo prazo, com repercussões a nível do bem-estar e saúde positiva.

Deverão ser criados programas que permitam diminuir e controlar os sintomas ansiosos, de modo a potencializar o desenvolvimento saudável. O adolescente deverá ser conduzido, no sentido de adquirir competências e estratégias eficazes, perante as situações geradoras de *stress* (Borges et al, 2008).

Segundo a OMS (2002), os adolescentes estão englobados no grupo vulnerável e que por isso exige proteção especial. Esta organização mundial defende ainda, que os serviços dirigidos aos jovens devem cobrir problemas como gravidez precoce e não desejada, consumo de tabaco, álcool e outras substâncias, comportamento violento,

tentativa de suicídio e prevenção do VIH e de doenças sexualmente transmissíveis. Na verdade, a promoção da saúde é uma tarefa que pertence à comunidade e é, consensualmente definida como “*um processo que visa criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e agir sobre os fatores que a influenciam*” (carta de Ottawa, 1986, citado em WHO, 1986a).

Pela facilidade em escolher um percurso menos saudável ou correto, os adolescentes incorrem muitas vezes em comportamentos de risco que os levam a graves prejuízos a curto, médio e até longo prazo. Para evitar que estas escolhas se tornem precocemente em ditadoras do seu futuro, é emergente uma atuação acutilante. Assim, no sentido de melhor compreender as características desta etapa de vida, os profissionais de saúde devem estar atualizados sobre esses comportamentos de risco e as suas consequências.

A enfermagem de saúde mental e psiquiatria exerce o seu foco na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção, contribuindo para a adequação das respostas do utente e sua família. Uma das competências do enfermeiro especialista em saúde mental, é realizar e implementar um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados, concebendo, entre outras, estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental.

Para além disso, coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos, através, por exemplo, da implementação na comunidade de programas centrados na população, que promovam o empoderamento e a saúde mental e previnam ou reduzam o risco de perturbações mentais, privilegiando estratégias de desenvolvimento comunitário participativo. É ainda da sua competência, a implementação de programas de promoção da participação ativa, através da educação para a cidadania e empoderamento, das pessoas com doença mental grave (OE, 2010).

### *2.3.1– Importância da comunicação*

A comunicação diz respeito à emissão e receção de uma mensagem, que deve destinar-se principalmente, a informar e influenciar as decisões que conduzem à melhoria

de saúde. Esta troca de informação é muitas vezes feita para lá da comunicação entre profissional e doente, recorrendo com frequência à utilização de textos, materiais audiovisuais ou mesmo *internet*. Porém, para ser eficaz, os conteúdos deverão ser rigorosos, equilibrados, consistentes e compreensíveis.

Uma das ferramentas essenciais para a gestão eficaz da própria saúde é a literacia. Uma pessoa que possui literacia tem potencial para influenciar os indivíduos e a sociedade. Nesta perspetiva, a literacia em saúde é, portanto, uma ferramenta que valoriza a pessoa enquanto gestora da sua própria saúde, sendo fundamental para esse fim, exigir competências e conhecimentos sobre saúde e cuidados de saúde, onde se inclui a descoberta, compreensão, interpretação e comunicação de informações de saúde, a pesquisa de cuidados adequados e a tomada de decisões críticas em saúde (Antunes, 2014). A literacia é, portanto, a capacidade do indivíduo em compreender e utilizar a informação, visando a promoção e manutenção de um bom estado de saúde (WHO, 2009b).

Contudo, essa informação convém ser transmitida de forma eficaz e de acordo com os traços da população a que se direciona, sendo que, para os adolescentes, terá particularidades e conteúdos específicos (Antunes, 2014).

Na adolescência há uma grande influência do meio e a comunicação assume primordial importância no âmbito da transmissão da informação. Em saúde, mais que a capacidade para obter informação, é essencial a capacidade para a compreender e utilizar de forma adequada. A literacia em saúde é influenciada pela família, comunicação social, educação, sistemas de saúde, ambiente de trabalho, comunidade e pelas decisões políticas, constituindo a *internet*, atualmente, uma grande fonte de informação em saúde.

Os adolescentes poderão recorrer com facilidade à informação disponível nos vários formatos, no intuito de se esclarecerem sobre doenças e terapêuticas; porém, a dificuldade reside na fiabilidade da informação e/ou na complexidade da mesma. Quanto melhor for a informação, melhor a decisão. Contudo, não é a informação que se pretende como produto final, mas sim o uso e transformação desta informação, uma vez que a informação imprecisa influencia substancialmente a qualidade da participação do cidadão e, neste caso, do doente (Antunes, 2014).

Os processos pelos quais se estabelece a comunicação em saúde e a transmissão/apreensão da informação, podem influenciar os resultados da atividade dos profissionais no que respeita aos ganhos em saúde. Ou seja, relativamente à morbilidade, bem-estar psicológico e qualidade de vida dos utentes, revelando-se ótimos analisadores

da qualidade dos cuidados e das competências dos técnicos de saúde. No entanto, a baixa literacia influencia e afeta a comunicação entre o utente e o profissional de saúde, uma vez que poderá haver falha na compreensão e/ou transmissão de alguns conteúdos, como por exemplo, prescrição terapêutica, esclarecimento do diagnóstico, realização de exames complementares de diagnóstico e importância dos mesmos, entre outros aspetos (Teixeira, 2004).

A comunicação em saúde deverá servir para a tomada de decisão especificamente informada e o suficientemente eficaz, para influenciar as decisões dos indivíduos e comunidade na adoção de comportamentos que promovam a saúde. A comunicação efetiva na saúde é um fator influenciador a nível individual. Permite tomar consciência das ameaças para a saúde, pode incrementar a motivação para a mudança e consequentemente reduzir os riscos, pode reforçar atitudes favoráveis aos comportamentos protetores de saúde e pode ajudar a adequar a utilização dos serviços e recursos de saúde. Também a nível da comunidade a comunicação em saúde é importante, na medida em que permite promover mudanças positivas nos ambientes socioeconómicos e físicos, melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde e facilitar a adoção de normas que contribuam positivamente para a saúde e a qualidade de vida (Teixeira, 2004).

Os principais problemas de comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes, poderão estar relacionados com um ou mais dos seguintes aspetos: transmissão de informação pelos profissionais de saúde; atitudes dos profissionais de saúde e dos utentes em relação à comunicação; e literacia de saúde dos utentes (Teixeira, 2004). Estes problemas residem, por exemplo, no fornecimento indevido dos conselhos sobre a medicação prescrita, na compreensão do que manifesta o utente e a falta de preparação para lidar com doentes que têm uma literacia de saúde inadequada (Antunes, 2014).

A transmissão da informação tem de ser clara, personalizada, credível, recordável e consistente ao longo do tempo. Não dever ser excessivamente técnica, ambígua ou desadequada ao nível cognitivo do utente. Os profissionais devem encorajar mais o utente a colocar questões, interessar-se pela perspetiva do utente e incentivar a uma participação ativa na sua saúde, contrariando a atitude social e cultural da relação profissional/leigo, que distancia o utente dessa participação ativa, mantendo-o dependente do técnico (Teixeira, 2004).

É essencial que os profissionais de saúde se capacitem da importância da comunicação na estratégia global de incremento da literacia na população, e em especial nos jovens, podendo e devendo apoiar a literacia digital que pode ser uma aliada no

momento de comunicar com os adolescentes. A *Internet* é um poderoso instrumento de comunicação e o acesso a informações sobre saúde em geral, torna-se rápido e diverso.

As crianças e adolescentes utilizam este suporte não só como meio de obter informação, mas como forma de expressão e de socialização e por isso é notável o tempo despendido neste suporte comunicacional. A internet tem vindo a ser veículo, não apenas para a educação da população em geral, mas também para profissionais de saúde e organizações que se dedicam a promover a saúde em geral. Em saúde mental existe uma variedade de sítios *online*, onde facilmente se encontram esclarecimentos sobre conceitos, promoção de encontros de ajuda mútua, grupos de discussão, fóruns de dúvidas, etc.

A comunidade tem acompanhado esta evolução tecnológica e de informação, especialmente as crianças e jovens, que pelo seu poder adaptativo se tornaram facilmente em utilizadores assíduos. Porém, para se tornarem utilizadores competentes, devem recorrer a características que poderão não estar ainda desenvolvidas nestas idades, que no seu conjunto, passam pela perspicácia em reconhecer que nem toda a informação disponível é fiável e/ou adequada ao seu momento de desenvolvimento.

Por um lado, o conhecimento está mais acessível, por outro lado, está mais perigoso, sendo que o lado negativo deste suporte é precisamente a dificuldade em controlar o tipo de informação a que o jovem, por natural curiosidade, tem acesso. A sensibilidade em reconhecer se o nível dos conteúdos é adequado, é papel dos adultos de referência, embora se perceba a dificuldade destes últimos, em verificar toda a procura e pesquisa efetuada pelos jovens. Na verdade, e tendo em consideração tudo o que referi, a internet não pode substituir a relação social e pessoal dos intervenientes na educação dos jovens.

Deste modo, é imperioso que a prevenção dos comportamentos de risco, passe também, pelo desenvolvimento de uma literacia digital, ou seja, a educação dirigida à seleção e filtragem dos conteúdos da internet. O conceito de literacia digital, define-se, de acordo com Jones-Kavalier e Flannigan (2006), como a capacidade de desempenhar de forma efetiva tarefas em ambientes digitais - incluindo a capacidade para ler e interpretar media, para reproduzir dados e imagens através de manipulação digital, e avaliar e aplicar novos conhecimentos adquiridos em ambientes digitais.

O papel do enfermeiro na comunicação é sem dúvida crucial no desenvolvimento do conceito de saúde entre os adolescentes. Não só o enfermeiro é educador ou professor por excelência, mas também conselheiro. Sem alguém capaz de exercer este papel, a saúde seria apenas a ausência de doença e não o conceito grandioso em que se tornou. “O

*tipo de pessoa em que a enfermeira se torna faz uma diferença substancial naquilo que cada doente irá aprender enquanto recebe os cuidados de enfermagem” (Peplau, 1952, citado em Alligood & Tomey, 2002, p. 428).*

#### 2.4 . - Processo de seleção dos adolescentes que constituem a população alvo

Com o intuito de fornecer ferramentas para que se tornem autônomos na gestão da ansiedade, foram selecionados 6 adolescentes e proposta a sua colaboração neste processo de intervenção. Os adolescentes envolvidos têm idades compreendidas em 11 e 16 anos, sendo dois do sexo masculino e 4 do sexo feminino.

Estão a ser acompanhados pela pedopsiquiatria e pela psicologia, estão identificados como tendo algum traço de ansiedade e foram referenciados pela consulta de pedopsiquiatria, psicologia ou enfermagem. Foram encaminhados para as sessões de enfermagem no âmbito da ansiedade, após o seu consentimento e o do seu educador de referência.

Depois da leitura do motivo da consulta, entrevista de avaliação diagnóstica (ANEXO II), aplicação do questionário (ANEXO III), e aplicação do inventário de ansiedade de *Beck* (ANEXO IV), conduzidos por mim com a cooperação da enfermeira da unidade, os 6 adolescentes foram encaminhados para intervenções individuais ou em grupo, de acordo com a vontade do próprio e a pertinência do contexto. O questionário foi criado por mim com o intuito de compreender melhor o jovem, bem como proporcionar um espaço mais privado para se expressar. Elaborei perguntas simples e diretas visando perceber que situações são desconfortáveis no seu quotidiano e que recursos utiliza para as tornar menos incomodativas. A questão sobre a sua música preferida, teve como objetivo, perceber como um fator externo pode influenciar o seu estado de espírito. Neste caso recorri à música dado que é uma das alternativas de companhia e expressão, de grande parte dos adolescentes. Segundo, Saarikallio, S. e Erkkilä, J. (2007), num estudo sobre o papel da música na regulação do humor na adolescência, a música tem um forte impacto sobre os adolescentes, uma vez que proporciona a atmosfera certa, criando o ambiente desejado quando utilizada como música de fundo, seja em momentos de solidão como de interação social. Além disto, a música consegue criar experiências afetivas particularmente fortes, revelando um impacto profundo no reforço de sentimentos positivos e ajudando a afastar-se de sentimentos

negativos. Os adolescentes procuram ouvir música congruente com o seu estado de espírito e revelam que os ajuda a clarificar pensamentos e tornar sentimentos mais compreensíveis, bem como alterar níveis de energia proporcionando emoções, e inspirando dança e movimento.

Antes de todo o processo se iniciar, cada adolescente manifestou a vontade de pertencer a um grupo terapêutico ou em prosseguir individualmente, sendo que um dos jovens de 16 anos, manifestou-se a favor de sessões individuais não referindo o motivo. Um jovem de 11 anos e uma jovem de 12 também foram colocados individualmente, devido à possibilidade de existir uma proximidade relacional na escola ou outro ambiente, de forma a não causar perturbação na dinâmica social do exterior. As restantes jovens do sexo feminino, de 14, 15 e 16 anos, perante a forte possibilidade de não se conhecerem, foram propostas para sessões em grupo.

Os pais foram entrevistados com o intuito de perceber as suas preocupações em relação ao comportamento dos filhos. Foi explicado que o processo é realizado entre nós enfermeiras e o jovem, e que só com a autorização do próprio é que a informação é passada para os pais. Portanto, serão os pais a dar o feedback das diferenças que notarão eventualmente nos filhos e não receberão feedback da nossa parte sobre como decorre o processo. Caso haja alguma necessidade especial durante o processo, será a equipa que decide em prol do jovem. Toda a informação é confidencial, tanto a que os pais nos passam, como a que nos é passada pelo jovem. Foi assinado um consentimento informado para que eu possa realizar este trabalho com a devida autorização do educador, no mesmo dia da entrevista de avaliação diagnóstica (ANEXO V).

### 3 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS A DESENVOLVER NO ENSINO CLÍNICO

O desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, de acordo com o modelo de Benner (2001), apoia-se na experiência adquirida através da prática, como mecanismo essencial para o desenvolvimento e consolidação do saber. Benner (2001), refere que a teoria funciona como um guia para a prática, sendo a prática um alvo que sofre transformações, através da influência de teorias. A experiência engloba um aperfeiçoamento de noções e teorias pré-concebidas aplicadas em situações reais ou específicas, sendo por isso, mais que uma mera passagem do tempo ou de longevidade. Na verdade, a complexidade e responsabilidade da prática de enfermagem atual, requer um investimento formativo longo e continuado ao longo do percurso profissional dos enfermeiros.

A aquisição de competências mais específicas em enfermagem surge no decorrer do tempo profissional. Os enfermeiros ao adquirir conhecimentos técnico-científicos e humanos mais aprofundados, enriquecem os cuidados prestados à pessoa. Desta forma, os enfermeiros especialistas surgem, porque o aprofundamento do conhecimento e aquisição de competências num domínio específico de enfermagem, origina uma profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde/doença a que está mais exposta, e um vasto entendimento das respostas humanas em situações específicas, acompanhado de intervenções de elevado nível de adequação às necessidades da pessoa, potenciando assim os ganhos em saúde (Leite, 2006).

Torna-se, portanto, necessário delimitar um campo de competências, sendo que assim, pretendo desenvolver:

- A articulação e mobilização dos conhecimentos adquiridos durante a componente teórica, com a componente prática no contexto do Ensino Clínico;
- Aptidões ao nível da comunicação/interação com a equipa multidisciplinar;
- Capacidade de escuta, empatia, ajuda e colaboração com adolescentes com ansiedade, bem como com os seus familiares.

No âmbito da saúde mental e psiquiátrica, a entrevista clínica de diagnóstico, permite obter informações com o intuito de conhecer e compreender a pessoa no seu contexto de saúde/doença e, por isso, planear os cuidados com intervenções mais eficazes para a sua situação.

A entrevista, sendo o método primordial de colheita de dados, está situada na primeira etapa do processo de enfermagem, a avaliação, e permite colher informações com as quais se constitui uma base de dados sobre o utente. Esta colheita serve para efetuar uma avaliação inicial, ou seja, para documentar o plano de cuidados, fundamentando, justificando e sustentando as intervenções de enfermagem e o estabelecimento de prioridades (Rodrigues, 1998, citado em Simões & Simões, 2007). Engloba uma personalização das intervenções de enfermagem e por conseguinte, uma otimização e humanização dos cuidados a prestar, possibilitando à enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, construir julgamentos clínicos válidos e planear as intervenções mais apropriadas (ANA, 1994, citado em Townsend, 2002).

Como método de comunicação, a entrevista deve ser focalizada, porém, deve progredir do geral para o específico, devem registar-se as mensagens verbais e não-verbais, permitindo que o utente mantenha um discurso espontâneo ao longo de todo o processo, (Stuart & Laraia, 2001).

Em enfermagem, os diagnósticos em saúde mental são a identificação dos padrões de resposta a doenças psiquiátricas e problemas de saúde mental reais ou potenciais (ANA, 1994, citado em Townsend, 2002). Para a definição dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem, será utilizado o manual da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2011), Versão 2, bem como a Classificação de Intervenções de Enfermagem [NIC], (Bulechek G., Butcher, H., & Dohrman, J., 2008). Para esta fase do meu processo de aprendizagem, defino a aquisição das seguintes competências:

- Desenvolvimento de capacidades de avaliação clínica diagnóstica e definição de prioridades, em adolescentes com ansiedade, com recurso a:
  - Entrevista clínica de avaliação diagnóstica sob uma visão psicopatológica compreensiva do comportamento dos adolescentes.
  - Aplicação do inventário de ansiedade de *Beck*.

O planeamento dos cuidados e intervenções é efetuado consoante a avaliação realizada. Será necessário recorrer à informação obtida na fase anterior, planeando objetivos que o utente deve alcançar e ainda instrumentos para que os atinja. Assim, defino as seguintes competências a adquirir nesta etapa:

- Desenvolvimento de capacidades de planejar cuidados de enfermagem segundo as necessidades individuais dos adolescentes, em função da avaliação diagnóstica e dos resultados esperados, com recurso à CIPE 2, (2011).
- Desenvolvimento de capacidades de intervenção terapêutica, com recurso:
  - Arte-terapia;
  - Treino assertivo;
  - Atividade física;
  - Técnicas de relaxamento.

A avaliação é a etapa em que se interpretam os resultados das intervenções, permitindo redefinir alguns pontos se necessário, mas principalmente, para verificar a eficácia das intervenções escolhidas e realizadas. Desta forma, considero necessário desenvolver competências ao nível da:

- Capacidade para avaliar a efetividade dos cuidados com recurso a:
  - Definição de indicadores segundo a Classificação dos resultados esperados [NOC], (Jonhson, M., Maas, M. & Moorhead, S., 2004);
  - Aplicação do inventário de ansiedade de *Beck*.

O Inventário de Ansiedade de *Beck*, ou *Beck Anxiety Inventory* (BAI), foi desenvolvido pela equipa de *Beck*, na Universidade de *Pennsylvania*, como instrumento para medir a intensidade da ansiedade. São 21 afirmações de sintomas de ansiedade, sendo que o sujeito deve avaliar o quanto cada um dos sintomas é aplicável a si mesmo, numa escala de quatro pontos, de 0 a 4, e o total será a soma dos itens individuais. Portanto, o BAI é uma medida de autorrelato da intensidade da ansiedade. A indicação original remete para aplicação em adultos, mas com a versão em português, foram desenvolvidos alguns estudos com adolescentes de 12 a 17 anos (Cunha, 2003).

Posto isto, e definidos os meus propósitos, sigo com a apresentação dos métodos selecionados para a aquisição da competência de intervenção.

#### 4 - AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE INTERVENÇÃO

Por forma a conseguir atingir a competência de avaliação diagnóstica, realizei entrevistas clínicas a cada jovem participante, e realizei entrevistas de recolha de dados junto dos respetivos pais, com a finalidade de enriquecer o meu conhecimento acerca de cada um dos jovens.

As entrevistas, foram realizadas na sala de enfermagem, com aproximadamente 15m<sup>2</sup>. É composta por uma secretária, com uma cadeira em cada um dos lados, posicionada perpendicularmente à porta, facilitando o seu acesso, pela pessoa que se posicionar em qualquer um dos lados da secretária. As entrevistas não tiveram uma duração superior a uma hora, e sucederam-se à consulta do processo clínico.

As entrevistas foram realizadas, num primeiro momento, na presença dos dois elementos, depois com o adolescente em privado, e por fim, com o elemento da família que o acompanha e colabora no seu processo de saúde. Em todos os adolescentes entrevistados, este elemento foi um dos pais, cuja entrevista serviu para compreender a sua perspetiva quanto às dificuldades do filho bem como as expectativas relativamente ao prognóstico. As questões colocadas aos pais, quando em presença do filho, dirigiram-se para dados relativos, à gestação, complicações durante e após a mesma e/ou parto e antecedentes pessoais relevantes na família. Foram também, colocadas questões que visaram perceber o ponto de vista dos pais, relativo às características pessoais da criança e eventuais dificuldades, na escola e em casa.

A entrevista preparada para cada adolescente iniciou-se sempre com a exposição do objetivo e da garantia de confidencialidade e sigilo. Após a recolha dos dados biográficos, as primeiras questões, incidiram no motivo que os levou ao serviço de pedopsiquiatria e quais as suas expectativas futuras.

O guião (ANEXO II) foi preparado para que o adolescente pudesse responder por escrito, proporcionando privacidade e maior introspeção, num formato semi-estruturado, com perguntas abertas. Alguns dos adolescentes demonstraram renitência em escrever mas não em responder às questões.

O inventário de ansiedade de *Beck* foi aplicado em último lugar.

Através da definição de diagnósticos, de acordo com a CIPE (2011), é possível identificar resultados esperados e realizar um planeamento adequado, implementando intervenções sensíveis a cada situação, de modo a garantir a definição de dinâmicas adequadas a cada contexto. Deste modo, e tendo sempre presente os elementos recolhidos

na entrevista clínica de diagnóstico, foram realizados e implementados planos de cuidados com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.

A implementação de intervenções teve por base o intuito de fornecer ferramentas aos jovens, para que, de forma autônoma, pudessem gerir melhor as suas dificuldades perante situações que lhes provocam ansiedade, bem como, gerir a própria ansiedade e mantê-la em níveis admissíveis. Sendo neste pressuposto, foram desenvolvidas ao longo do percurso de acompanhamento, várias intervenções adequadas a cada situação, considerando a pertinência de cada momento.

Assim, para cada jovem foi desenhado um plano individualizado, sendo que, na maioria das vezes, esse plano foi delineado somente após a sessão precedente, uma vez que o passo seguinte dependia fortemente do resultado da sessão anterior. Esta dinâmica deveu-se muito à necessidade de mobilizar a melhor intervenção possível e que melhor se adaptasse à situação, garantindo a prestação de cuidados no âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional.

As **intervenções** realizadas foram as seguintes:

- Entrevistas de ajuda;
- Sessões de arte-terapia (através de desenhos; colagens);
- Promoção de atividade física como forma de relaxamento, controlo da energia, desenvolvimento da autoconfiança ou aumento da expressão corporal;
- Desenvolvimento de técnicas de relaxamento;
- Treino assertivo.

Objetivos das intervenções:

- Reduzir a ansiedade;
- Promover a expressão de sentimentos;
- Promover o processo de  *coping*  resiliente eficaz;
- Reduzir a frustração.

Como recursos materiais foram utilizados:

- Jogos;
- Computador;
- Papel, canetas de feltro, lápis de cor, cola e tesoura;
- Bola, corda, colchão;
- Música.

Em termos de espaços físicos:

- Sala do hospital de dia;
- Todo e qualquer local acolhedor, confortável e calmo;
- Ginásio.

Tal como referi anteriormente, uma das intervenções realizadas foi a entrevista de ajuda. De acordo com Phaneuf (2005), a relação de ajuda é uma terapia e não apenas um envolvimento bondoso com o outro; pertence aos cuidados de enfermagem, e é estabelecida através de um contacto interpessoal terapêutico, cujo objetivo visa o crescimento, a maturação e o desenvolvimento de uma maior capacidade para enfrentar obstáculos.

Em saúde mental e psiquiatria esta relação toma um ênfase especial, uma vez que os utentes deste âmbito, apresentam características muito próprias relativamente aos relacionamentos com os outros e, por isso, será necessário evocar a mais particular competência de enfermagem na abordagem da relação de ajuda. Para melhor os compreender e poder contribuir para uma evolução do seu estado de saúde, a enfermagem recorre à comunicação e à entrevista, como matérias essenciais na relação de ajuda e no desenvolvimento das capacidades do utente.

Uma das formas de ajudar a expressão de emoções e sentimentos e, por conseguinte, compreender melhor a pessoa, é a arte-terapia. Para os jovens, considere-se que esta intervenção seria facilitadora da introspeção, e consequentemente, simplificadora da manifestação do seu estado emocional.

A arte-terapia é um método de tratamento que visa o desenvolvimento pessoal, recorrendo à interação entre o sujeito e o objeto criado, bem como com o terapeuta, solicitando a imaginação, o simbolismo e metáforas, facilitando a comunicação, o ensaio de relações objetivas e reorganização dos objetos internos, a expressão emocional significativa e o aprofundar do conhecimento interno, libertando a capacidade de pensar e a criatividade (Carvalho, 2001, citado em Sociedade Portuguesa de Arte – Terapia, n/d, [SPAT]). Este tipo de terapia promove o autoconhecimento e potencializa a criatividade que são habilidades essenciais ao desenvolvimento, tanto de um indivíduo como de um grupo.

A arte-terapia baseia-se na premissa de que, a linguagem artística reflete, e em muitos casos melhor do que a verbal, as nossas experiências interiores, proporcionando uma expansão da consciência sobre os fenómenos subjetivos (Ciornai, 1995, citado em Reis, A., 2014). Naumburg (1991, citado em Reis, 2014) considera que a atividade

pictórica favorece a projeção de conteúdos inconscientes.

Quanto à atividade física, esta deve ser vista como um meio para a promoção da saúde a todos os níveis, e não apenas uma simples forma de gastar calorias, ou de melhorar esteticamente. O exercício físico pode desencadear a sensação de robustez que conduz ao bem-estar psicológico, refletindo-se igualmente no aumento dos estados positivos de humor e numa diminuição dos níveis de depressão, ansiedade e *stress* (Cid, L., Silva, C., & Alves, J., 2007). Provoca respostas hormonais no organismo com consequências positivas, ora fisiológicas, ora psicológicas. A endorfina, libertada após a prática de atividade física, é uma substância bioquímica analgésica segregada pelo cérebro. Alivia a dor, promove o relaxamento corporal e exerce um importante papel neurotransmissor no sistema nervoso central, possuindo a capacidade para despolarizar as membranas celulares, o que diminui o impulso nervoso (Almeida & Shippenberg, 2012).

A atividade física permite desenvolver disciplina, tolerância à frustração e ao insucesso, desenvolvimento de habilidades sociais e, ainda, estimular o organismo na produção de substâncias geradoras da sensação de bem-estar. Para além de constituir um excelente meio de consumo energético, potencializa ainda a autoestima, a autoconfiança e o trabalho de equipa e de ajuda. Nos adolescentes com dificuldades ou problemas comportamentais nos diversos contextos, a atividade física pode ser benéfica no controlo da ansiedade, na gestão da frustração, na eficácia da socialização e no desenvolvimento do autoconhecimento.

De forma a trabalhar a autonomia, forneci um folheto, realizado por mim (ANEXO VI), que descreve a importância da atividade física e sugere alguns exercícios que o adolescente pode fazer autonomamente no seu quotidiano.

A terapia de relaxamento progressivo de *Jacobson* (ANEXO VII), é utilizada para situações em que a pessoa experiencia níveis moderados ou elevados de ansiedade. A diferenciação entre as sensações de contração/descontração muscular e a concentração na respiração, levam ao relaxamento, e, por conseguinte, à redução da ansiedade. O relaxamento através da respiração abdominal também é eficaz, uma vez que será mais fácil a sua aplicação em situações cujo contexto está limitado.

As sessões não ultrapassaram os 20 minutos e foram aplicadas individualmente, englobando não só o relaxamento progressivo de *Jacobson*, mas também uns alongamentos musculares (ANEXO VIII). Estes proporcionam relaxamento, consciência corporal e reduzem as tensões musculares, podendo inclusivamente ser uma forma de

descoberta dos benefícios da prática de exercício físico.

Outra intervenção que considere contribuir para a consciencialização, autorreflexão e autoconhecimento, foi o treino assertivo. Este, pressupõe o desenvolvimento de duas competências fundamentais, nomeadamente, a coordenação de perspetivas entre a pessoa e o interlocutor, e a flexibilidade, que pretende modificar as próprias crenças depois de considerar as do outro, ou mesmo, integrar as do interlocutor nas suas (Joyce-Moniz & Barros, 2005, citado em Grilo, 2012). O principal objetivo é modificar a forma como o indivíduo se vê a si próprio, aumentar a capacidade de afirmação, possibilitar que expresse de forma adequada os seus sentimentos e pensamentos e, posteriormente, estabelecer a autoconfiança (Alberti & Emmons, 1978).

No caso dos adolescentes, as funções do treino assertivo assumem características mais pormenorizadas, que podem ser definidas da seguinte forma:

- Ajudar o adolescente a assegurar que os seus direitos não serão violados e a reconhecer os direitos dos outros;
- Comunicar a sua opinião de forma confiante;
- Recusar pedidos irrazoáveis bem como fazer pedidos razoáveis;
- Lidar eficazmente com recusas irrazoáveis e evitar conflitos agressivos desnecessários;

O sucesso do treino assertivo pode justificar-se pelo facto da essência da comunicação assertiva (ou seja, da afirmação de direitos pessoais respeitando os direitos do outro), ser culturalmente desejável ou socialmente correta e, portanto, facilitadora da convivência civilizada em sociedades democráticas (Joyce-Moniz & Barros, 2005, citado em Grilo, 2012).

A assertividade pode ser definida como a capacidade para recusar e elaborar pedidos, pedir favores, expressar sentimentos negativos e positivos, bem como, iniciar, continuar e terminar uma conversa comum (Lazarus 1971, citado em Grilo, 2012). Poderá também ser entendida 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 (Lange & Jakubowski, 1976, citado em Grilo, 2012).

Para os casos clínicos a seguir apresentados, foram definidas as intervenções que pareceram as mais adequadas, privilegiando a individualidade e a humanização exigida no processo de enfermagem.

## **5 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS CASOS CLÍNICOS**

Cada caso clínico é composto pela descrição do utente com dados biográficos e características que o próprio descreve, bem como, eventualmente, alguma informação fornecida pelos pais. Caso o adolescente tenha vindo a ser acompanhado pelo serviço, são ainda referidos dados dos processos onde se concentra a sua história na infância e a sua evolução, o que significa que existem referências de psicologia, terapia ocupacional e pedopsiquiatria.

Dos seis casos clínicos acompanhados serão apresentados, em destaque, dois, porque foram os que tiveram maior assiduidade, constituindo assim os casos mais completos e onde a intervenção foi mais incisiva. Será utilizado um nome fictício para cada um deles, recorrendo à utilização de letras por ordem alfabética.

A minha observação e perspetiva enquanto enfermeira, baseiam-se numa visão psicopatológica compreensiva com apoio na obra de Pio Abreu (1994), que se fundamenta na fenomenologia, aproximando-se de uma reflexão sobre a relação que a pessoa estabelece com os outros no mundo. Em meu entender, esta abordagem compreensiva enriquece e oferece uma melhor compreensão do indivíduo, dotando a descrição de maior detalhe e fornecendo maior robustez no momento da definição dos seus diagnósticos.

### **5.1. - Jovem A**

#### **Apresentação da adolescente e família**

A jovem A, sexo feminino, 12 anos de idade, vive com a mãe, pai e irmã na cidade de Santarém. Foi encaminhada para a consulta externa de pedopsiquiatria através da médica de família, por possível perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) sendo acompanhada atualmente no serviço pela pedopsiquiatra e pela psicologia, por ansiedade de performance. Após a minha abordagem aceitou integrar as atividades que lhe propus, com a finalidade de trabalhar as dificuldades provocadas pela ansiedade.

O pai tem 36 anos, a mãe tem 33 anos e a irmã tem 5 anos. Ambos os pais têm o 9º ano de escolaridade. A mãe é funcionária num hipermercado e o pai é bate chapas. A jovem A nasceu às 39 semanas de parto eutócico sem necessitar de manobras de reanimação, segundo refere a mãe. Negam antecedentes familiares.

A jovem A está a repetir o 6º ano, por não ter obtido aproveitamento no ano anterior. Tem referência da escola como tendo pobres períodos de atenção e não termina o que começa. Para os pais, a jovem A tem uma quantidade atípica de medos, ansiedade, timidez, baixa auto estima, baixa autoconfiança e ainda desconcentração. A mãe refere que a jovem A não assume responsabilidades, não toma boas decisões, não se apoqueta estando sempre “tudo bem” e que não se preocupa com os seus cuidados de higiene. Refere que a roupa fica suja com frequência, durante o dia, sendo que a filha demonstra não se incomodar, encolhendo os ombros quando é confrontada com a situação.

Qualquer caminhada a pé, segundo a mãe, é realizada com pouca vontade, referindo que não lhe apetece. A mãe refere que a filha prefere estar sentada no sofá a assistir a programas de televisão, como desenhos animados ou novelas para adolescentes, facto que a jovem admite com facilidade. Lê pouco, segundo a mãe.

A mãe parece preocupada e empenhada em ajudar a filha. Tem sido colaborante com a equipa e tolerante com os *timings* da filha, conseguindo perceber com facilidade as metodologias utilizadas no serviço.

A expectativa da família é que a jovem A se relacione melhor com os colegas, que seja mais comunicativa e que tenha menos medo de errar. Gostariam ainda que fosse mais organizada e que tivesse mais regras na sua forma de viver.

A jovem A está medicada, fazendo Ritalina 30mg uma vez ao dia de manhã. A Ritalina LA contém como substância ativa o cloridrato de metilfenidato, cuja ação terapêutica promove a melhoria da atividade de certas partes do cérebro. Este medicamento pode ajudar a melhorar a atenção (desvios de atenção), a concentração e a reduzir o comportamento impulsivo. Os efeitos secundários frequentes (afetam menos de 1 em 10 pessoas), são, batimentos cardíacos irregulares (palpitações), alterações de humor, variações de humor ou alterações de personalidade (INFARMED, 2015a).

## **Perspetiva da adolescente**

### **O que sabe sobre a sua situação**

A jovem A sabe que tem défice de atenção e que a concentração é essencial para o sucesso que procura na escola. Refere que tem dificuldade em concentrar-se, nas aulas e em casa para estudar.

## **O que sente e preocupa**

A jovem A tem receio de reprovar de novo, bem como ter “más notas”, situação que acontece com alguma frequência. Quando isto acontece sente-se nervosa e triste e acha que “não” consegue “fazer melhor”. Refere que gostaria de “ser uma pessoa mais magra”, quando lhe é perguntado o que mudaria em si. Em casa, a irmã de 5 anos, que segundo descreve “é muito irrequieta e muito mexida”, não a deixa concentrar devidamente quando está a estudar. Quando isto acontece fica chateada com a irmã e desconcentra-se. A mãe pede-lhe frequentemente que tenha paciência com a irmã.

## **Preferências e hábitos**

Gosta de desenhar, pintar, ler, ver televisão e ouvir música “calminha”. Não gosta de atividade física. Pratica ioga adaptado a crianças uma vez por semana, atividade que adora, segundo relata. Não gosta de estudar, mas gosta dos intervalos da escola, onde pode conversar com as amigas. Não gosta de receber os testes de avaliação que fez, porque fica nervosa com os possíveis resultados.

## **Estratégias para resolver as situações preocupantes**

Refere que respira fundo e que para estudar melhor tem que estar em silêncio ou ouvir música “muito calminha”.

Quer diminuir o peso, mas não utiliza nem define estratégias para esse efeito.

## **Perspetiva do Enfermeiro**

### **Apresentação, Postura e Morfologia**

- Raça caucasiana, de olhos azuis, cabelo castanho ligeiramente abaixo dos ombros, com leve ondulação e unhas curtas.
- Apresenta boa higiene pessoal embora a roupa nem sempre se apresente vestuário é adequado à estação, usando frequentemente calças de ganga com cores, *tshirts* com cores claras, lisas; casaco desportivo, com fecho éclair e gorro, sapatilhas desportivas e um relógio digital pequeno, no pulso esquerdo, cujo visor apenas mostrava a informação das horas; um brinco em cada orelha de pequenas dimensões.

- Quanto à morfologia, é de normal estatura, com perímetro abdominal destacado relativamente ao restante volume corporal (Índice de massa corporal (IMC): 28,9);
- Apresentou-se com postura fechada, cabeça baixa em alguns períodos e ombros caídos, sendo esta a postura desde o início até ao final das intervenções.

### **Mímica, expressão e motricidade**

- Os olhos demonstram apatia embora com frequente contacto visual comigo;
- A voz, num tom muito baixo, sem expressividade, e sem alterações do ritmo respiratório;
- As mãos estiveram com frequência agarradas aos braços, na zona do bicípite, como que, cruzados;
- Motricidade global e fina aparentemente sem alterações.

### **Contacto e linguagem**

- Comunica respeitando os tempos dos outros;
- Utiliza linguagem coerente, cuidada e rica;
- Utiliza a interjeição “hum”, enquanto pensa;
- Considero que estabeleceu contacto empático.

### **Estado momentâneo da consciência**

- Sem alterações na clareza ou na amplitude do campo;
- Discurso coerente, orientado no espaço, tempo e pessoa;
- Atenção voluntária;
- Sem oscilações do estado de consciência;
- Boa concentração.

### **Consciência de si**

- Tem consciência da identidade do eu, uma vez que se reporta à sua pessoa no passado como ela própria, não existindo por isso, evocação a outra personalidade;

- Tem consciência da unidade do eu, visto que não apresentou discurso representativo de delírios;
- Sem alterações na consciência da atividade do eu, porque se reporta a, pensamentos, emoções, ações e recordações como suas, quando relata acontecimentos anteriores;
- Sem alterações na consciência dos limites do eu, porque não apresentou discurso da consciência do eu em oposição ao exterior;
- Aparentemente, sem alterações na consciência do corpo, uma vez que não apresentou discurso ou atitude que manifestassem distância do eu ao próprio corpo.

### **Impulsos e Vontade**

- Aparentemente com vontade pois expressa desejo em melhorar a eficácia do estudo;
- Tem vontade de jogar computador;
- Pareceu existir dificuldade em deliberar decisões, por conseguinte, executá-las, uma vez que, encolhe os ombros e diz “não sei”, como primeira resposta a uma solicitação de decisão. Apresentou esta característica em situações simples, como por exemplo, escolher a cor do lápis com que iria trabalhar.

### **Humor**

- Sem oscilações, mantendo sempre um fâcies triste, com expressões de alguma indiferença, como por exemplo, em situações em que pode tomar uma opção e não manifesta qualquer expressão facial;
- Triste, com pouca vivacidade.

### **Afetos e Emoções**

- Demonstra amor pela família (núcleo);
- Demonstra insegurança em relação à escola, nomeadamente as avaliações;
- Expressão envergonhada com frequência, principalmente quando é elogiada;
- Expressa-se com calma, respeito e consideração pelo outro;

- Tem uma amiga com quem gosta de conversar;
- Relata ansiedade na altura de receber as notas de avaliação.

### **Forma e conteúdo do pensamento**

- Apresenta bom encadeamento de ideias;
- Raciocínio seguindo uma lógica;
- Facilidade em formar vínculos entre os conceitos e o juízo.

### **Memória**

- Evocou as experiências e os factos já ocorridos, com facilidade, como quando se reportava a situações vividas na escola ou em casa, por exemplo com a irmã.

### **Reação**

- Apresenta reações de ansiedade uma vez que refere sentir-se “nervosa e com medo” na altura de receber a avaliação dos testes.
- Adota postura corporal fechada, cabeça baixa e encolhe os ombros quando recebe elogios.

#### *5.1.1. – Diagnóstico de enfermagem*

Durante a fase de recolha de dados, foi aplicado o inventário de ansiedade de *Beck* (ANEXO X), ao qual, a jovem respondeu durante a entrevista diagnóstica. Este serviu para avaliar em valores concretos, o nível de ansiedade presente antes das intervenções por sessões. Neste inventário, foi obtido um resultado de 11 pontos que corresponde a um nível mínimo de ansiedade.

Analisados os dados obtidos, foi construído um enunciado, composto por diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem, tendo por base a CIPE-versão2 (2011), e a sua apresentação é feita em formato de tabela como sugerido no documento de suporte. O diagnóstico definido é a **autoestima comprometida** e foram abordados os sete eixos. A autoestima é definida como a opinião que cada um tem de si próprio, a visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si,

verbalização de autoaceitação e de autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva (CIPE, 2011).

EIXOS	ACÇÃO	CLIENTE	FOCO	JUIZO	LOCALI - ZAÇÃO	RECURSOS	TEMPO
PROCESSO DE ENFERMAGEM							
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			Autoestima	Comprometida			
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	Potencializar	Jovem A	Autoconheci_ mento		DPP HDS	Arte-terapia	Marcação
	Promover		Iniciativa			Arte-terapia Reflexão	Marcação
	Reduzir		Ansiedade			Relaxamento	Sempre
	Analisar Otimizar	Pais	Papel parental			Psico_ educação	Marcação
RESULTADOS DE ENFERMAGEM			Autoestima	Nível Esperado			

### 5.1.2. – Intervenções de enfermagem e planeamento das sessões

**Potencializar o autoconhecimento**, definido por, consciencialização, ou seja, percepção da disposição da pessoa para manter ou abandonar uma ação, ou seja, razão de primeira ordem para a ação (CIPE, 2011).

**Recurso:** Arte-terapia

A arte-terapia, como referido no capítulo anterior, através da expressão artística, promove a autoexpressão de emoções e sentimentos, trazendo o mundo interior da jovem para o mundo exterior. Isto, porque através da habilidade de nos expressarmos visualmente, recorrendo à arte, transformamos o que produzimos, num género de extensão de nós mesmos, ou seja, uma projeção do corpo e da alma. Esta modalidade terapêutica pode favorecer a autoestima, o equilíbrio mental e físico, a concentração, o sono, entre outras.

Houve referência da enfermeira e da equipa de que a utente teria habilidade e gosto para se expressar desta forma.

**Promover a iniciativa**, definida como, disposição para empreender uma ação e para introduzir ideias ou tomar decisões e agir em conformidade, foram realizados momentos

de reflexão e ajuda durante as sessões, visando a promoção da volição relativamente às tarefas em geral (CIPE, 2011).

**Recursos:** Reflexão e arte-terapia

Sempre que pertinente, foram criados momentos empáticos, para reflexão em determinados assuntos como, escola, métodos de estudo, autoestima e autoconfiança. Visou ainda, o desenvolvimento da fluência de discurso, a verbalização de emoções, a manifestação de sentimentos. A iniciativa foi ainda trabalhada através da realização dos trabalhos de arte-terapia, uma vez que estes exigiam, diligência, tanto para os realizar, bem como para terminar a tarefa.

Promover competências de aprendizagem nos alunos que sentem dificuldades poderá ter um efeito positivo na sua autoestima (Antunes, C. et al, 2006).

**Reduzir a ansiedade**, definida como, emoção negativa, isto é, sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (CIPE, 2011).

**Recurso:** Técnica de relaxamento

Como descrita anteriormente, consistiu, numa criação e conjugação de alongamentos com a técnica de relaxamento de *Jacobson*, com o objetivo de ensinar técnica de respiração e relaxamento muscular (ANEXO VIII).

Foi aplicada sensivelmente a meio do percurso das sessões, porque considerei que necessitaria de estabelecer uma relação empática e de confiança com a jovem para que esta se sentisse mais confortável.

**Analisar e otimizar o papel parental**, definido como, interagir de acordo com as responsabilidades de ser pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente (CIPE, 2011).

**Recurso:** Psicoeducação

Foi ponderada uma eventual intervenção, no sentido psicoeducativo, caso a própria utente não conseguisse resolver de forma autónoma, a questão de se sentir incomodada com a irmã enquanto estuda. Não foi necessária a sua realização, sendo explicado o motivo, mais adiante.

## Plano das intervenções com a descrição das sessões

<b>1ª Sessão: 14/10</b>	
<b>Plano:</b>	- Arte-terapia: “descreve o que vês nas imagens e faz corresponder o sentimento que te faz mais sentido”
<b>Objetivo:</b>	- Expressão de sentimentos; - Desenvolver conhecimento de si e do outro.
<b>Avaliação:</b>	- Verbalização da emoção.
<b>2ª Sessão: 28/10</b>	
<b>Plano:</b>	- Arte-terapia: “Encontra as palavras abaixo no meio da tabela. Depois desenha algo que te faça lembrar essa palavra numa folha branca”
<b>Objetivo:</b>	- Expressar sentimentos; - Potencializar o autoconhecimento.
<b>Avaliação:</b>	- Verbalização da emoção.
<b>3ª Sessão: 11/11</b>	
<b>Plano:</b>	- Sessão de relaxamento;
<b>Objetivo:</b>	- Demonstrar que o relaxamento pode ser uma forma de redução de ansiedade.
<b>Avaliação:</b>	- Verbalização da emoção; - Avaliação dos sinais vitais antes e depois (ANEXO IX).
<b>4ª Sessão: 09/12</b>	
<b>Plano:</b>	- “Árvore de natal dos desejos para o futuro”
<b>Objetivo:</b>	- Verbalizar desejos, planos ou mudanças para o próximo ano.
<b>Avaliação:</b>	- Verbalização da emoção.
<b>5ª Sessão 13/01</b>	
<b>Plano:</b>	- Aplicação do inventário de <i>Beck</i> ; - Frases incompletas.
<b>Objetivo:</b>	- Potencializar o autoconhecimento.
<b>Avaliação:</b>	- Verbalização da emoção.

Na 1ª sessão foi utilizado um jogo sobre emoções (ANEXO XI), onde a jovem A teve como função demonstrar emoções relativas a uma determinada imagem, através da

colagem de uma das figuras presentes na escala de emoções, criada por mim, com aproveitamento de imagens pré-existentes na internet (ANEXO XII).

O objetivo foi promover a expressão de sentimentos perante cenários que podem acontecer no seu quotidiano, promovendo o conhecimento de si e do outro.

Nesta sessão, a jovem A não demonstrou qualquer renitência em colaborar, tendo verbalizado, quando solicitado, situações análogas em que sentiu aquela mesma emoção, como por exemplo na imagem 2, que a descreve como sendo um jovem que quer estar à parte ou alguém o colocou de parte. Na imagem 6 referiu conhecer uma pessoa na escola que se coloca naquela posição mais “isolada”. Quando solicitada uma situação análoga do seu quotidiano, em que são os outros que colocam alguém de parte, esta refere que nunca assistiu a nenhuma, nem mesmo com ela própria. Quanto à imagem da família, referiu sentir-se feliz. Como crítica, apontou o facto de não existir uma emoção referente a “feliz” e tomou a iniciativa de a escrever para se expressar.

No final da sessão foi solicitada a verbalização da emoção que esta lhe proporcionou, tendo referido que se sentiu bem e confortável.

Na continuação da expressão de sentimento e emoções, foi realizado um jogo do género, sopa de letras (ANEXO XIII), cuja função da jovem, foi encontrar determinadas palavras, como liberdade, beleza, medo, conforto, amizade, conflito e brincar, e que desenhasse algo que a palavra a fizesse lembrar.

Esta atividade visou estimular a partilha de emoções e detetar alguma situação menos confortável no seu quotidiano, bem como, promover a autoestima através de uma atividade que gosta e com a qual já havia recebido elogios. Foi também solicitado que associasse no final, a cada palavra, uma pessoa ou objeto. Ao medo associou os testes, ao conforto a mãe e o pai, a brincar a irmã, à liberdade a escola, ao conflito o boxe, à amizade os amigos e à beleza associou a maquilhagem.

O resultado esperado foi aquém das expectativas, em termos de trabalho realizado através do desenho. A jovem não se mostrou muito colaborante e demonstrou alguma falta de vontade em elaborar o que era solicitado. Quanto à parte da busca de palavras na sopa de letras, esteve colaborante e sorridente.

Quando lhe foi pedido que dissesse o que sentiu durante a sessão, referiu que gostou e que se sentiu bem, embora estivesse cansada.

Na sessão de relaxamento, intervenção que serviu para sugerir a técnica como recurso para atenuar momentos de maior ansiedade, foi explicada a importância da respiração e como esta contribui para um estado mais calmo. Foi utilizada música

tranquila de sons da natureza ou flauta, colchão no chão, luz reduzida, e temperatura ambiente confortável, não sendo possível avaliar esta concretamente em valores. De qualquer forma, a Jovem A verbalizou estar confortável com a temperatura do ambiente.

A sessão não pareceu ter surtido um efeito eficaz, uma vez que a concentração da jovem não foi a mais adequada, apesar de ter verbalizado que se sentiu mais calma no final. A respiração também não a realizou da forma mais correta. Foi também reforçada a importância de autogerir os níveis de ansiedade nos períodos em que a sente mais exacerbada, referindo que tem recorrido à respiração ou a música “calminha”.

Quantos aos sinais vitais, considero que sofreram significativa alteração, apresentando à chegada, valores tensionais de 118/65 mmHg e no final, 100/59 mmHg. O pulso com valor de 78bpm no início, passou para 72 no final.

A próxima sessão (4ª), baseou-se nas épocas festivas que se aproximavam, o natal e a passagem de ano. Para isso, foi solicitado que recortasse umas estrelas de natal, já impressas, e que as colasse na árvore de natal apresentada. Em cada estrela teria de escrever um desejo baseado nas questões por mim colocadas (ANEXO XIV). Estas questões serviram de guia para a atividade tendo por isso sido colocadas outras questões consideradas pertinentes no momento.

As suas respostas foram sendo coladas no sítio que mais adequado lhe parecia e quando questionada do porquê do sítio selecionado, não soube responder, à exceção de uma estrela - a que colocou no topo. Aqui pode encontrar-se a frase “intervalos com mais tempo”, em resposta à questão, sobre “qual o seu maior desejo”, tendo referido que gosta de conversar com as amigas no intervalo. Esta atitude poderá suscitar a hipótese de que as relações sociais na escola estão a ser satisfeitas.

Pedi boas notas, como primeira resposta à questão, “o que mais gostaria de receber no próximo ano”, seguido de uns *headphones*, um livro de “uma Aventura” e um carro para os pais, porque estão a precisar de um novo. Como mudanças que gostaria de ver realizadas na escola, referiu “menos disciplinas” e como mudanças que gostaria de ver realizadas em casa, quer “arranjar uma estratégia com a mana”.

Para o mundo, deseja o “fim das guerras, mais árvores e mais dinheiro”. Se pudesse escolher um só desejo para todos, seria “paz”. No final da sessão refere que gostou e que se sentiu bem.

Na última sessão (5ª), proporcionei à jovem outro momento reflexivo, que visou promover o autoconhecimento e, por conseguinte, uma autorreflexão sobre o seu ambiente envolvente, para que, de certa forma, chegasse à conclusão que tem ferramentas

úteis para confiar em si própria, como por exemplo, o apoio parental e o afeto na relação com a família e amigos. Para isto, utilizei o jogo das frases incompletas, que consiste em completar frases iniciadas por mim, com o que mais rapidamente lhe vier à memória (ANEXO XV).

As respostas fundamentaram-se muito nas emoções e sentimentos relativos à escola e ao sucesso escolar. Foi questionada a forma como estuda, parecendo que não se aplica tanto quanto poderia (verbalização da mãe), devido à falta de concentração. Utiliza tempo livre para estudar e, segundo a mãe, aplica uma dose eficaz de tempo, no entanto, os resultados não são os que ambas gostariam. A jovem indica a irmã como o fator desestabilizador.

### **Reflexão sobre as sessões**

Parece-me notório, após estas sessões, que a grande preocupação da jovem A é o sucesso escolar que não consegue garantir. Para a maioria dos adolescentes, ter sucesso na escola é um prementório e uma contingência importante na sua vida, podendo influenciar a sua autoestima (Covington, 1984), embora o rendimento escolar esteja mais frequentemente associado à percepção de competência escolar ou autoconceito académico. A percepção de ser bom aluno ou de não ter dificuldades de aprendizagem está positivamente associada com a autoestima (Byrne, 1996).

Em vários momentos em que a jovem tomava iniciativas, colaborando de alguma forma com manifestação de interesse, era elogiada por mim. Foram apontados vários momentos do passado nos quais a jovem teve sucesso, os quais dizem respeito a sessões anteriores, em que participou com a enfermeira da unidade. Considero que este tipo de reforço positivo pode contribuir para a promoção da autoconfiança, embora a jovem A reaja com vergonha, uma vez que, o tórax se fechava mais, e encolhia os ombros.

Quanto ao estudo e cumprimento de objetivos na escola, foram também realizados momentos de reflexão e ajuda sobre a sua importância, uma vez que o sucesso escolar é uma das suas preocupações. A jovem A apresenta frequentemente resultados negativos a duas disciplinas, Português e Matemática. Verbaliza que percebe a importância de conseguir avaliações positivas nestas disciplinas, porque entende que será necessário para vir a ser pediatra como referiu. Admite ter dificuldades, embora ache que estuda. Nos testes de avaliação fica nervosa, mas consegue realiza-los, referindo que é no momento que antecede o anúncio da nota que fica muito mais nervosa. Verbaliza que para obter

melhores resultados tem de estudar mais e melhor, revelando consciência do esforço necessário para obter êxito.

Não foi necessária a intervenção no foco papel parental, definido no plano de cuidados, uma vez que a jovem verbalizou ter pedido à mãe para a auxiliar com esta tarefa. Segundo referiu, solicitou à mãe que durante o seu tempo de estudo, não permitisse que a irmã a incomodasse, apelo com o qual a mãe concordou e atendeu. Por sugestão da enfermeira da equipa, a jovem ainda admitiu que poderá efetuar eventualmente uma negociação com a irmã, no sentido de brincar com ela após cumprir determinado tempo de estudo, ou, após alcançar um objetivo de estudo previamente definido para aquele período.

### 5.1.3. – Resultados de enfermagem

O inventário de ansiedade de *Beck*, foi aplicado novamente, na última sessão, sendo o resultado, um valor de 7 pontos, e portanto, menor que o valor obtido na primeira aplicação.

Para permitir uma avaliação mais adequada das intervenções, considerei um conjunto de indicadores, adaptados a partir dos resultados de enfermagem esperados da NOC, sugerindo esses mesmos indicadores, que as intervenções realizadas poderão ter contribuído para melhorar a autoestima da jovem A, como a seguir se documenta.

<b>Ansiedade:</b>	<b>Resultados</b>
• Monitoriza a intensidade da ansiedade;	Sim
• Usa técnicas de relaxamento;	Sim
• Relata ausência de manifestações físicas de ansiedade;	Sim
• Relata duração aumentada do tempo entre episódios;	Não
• Mantém a concentração;	Sim
• Relata duração diminuída dos episódios;	Não
• Reduz estímulos ambientais quando ansioso.	Sim

<b>Baixa autoestima:</b>	<b>Resultados</b>
• Verbalizações de autoaceitação;	Sim
• Manutenção de uma postura ereta;	Sim
• Manutenção do contato olhos-nos-olhos;	Sim
• Aceitação da crítica construtiva;	Sim
• Desejo de confrontar os outros;	Não
• Sentimentos de autovalorização;	Sim
• Manutenção da higiene;	Nem sempre
• Descrição de sucesso na realização de tarefas;	Sim
• Descrição de sucesso na interação de grupos sociais;	Sim
• Descrição de orgulho de si mesmo.	Sim

A Jovem A, ao longo do tempo foi revelando maior confiança no ambiente, posicionando-se de uma forma mais ereta e olhando com maior frequência nos olhos. Verbalizou que irá recorrer a técnicas de relaxamento, como a respiração para reduzir a ansiedade e consegue monitorizá-la relatando quais as situações em que surge. Recorre aos pais quando se incomoda com a irmã e pondera utilizar a negociação como solução, reduzindo os estímulos ambientais que a levam a estar mais desconfortável. Verbaliza a importância de se concentrar e de acreditar nela própria, relatando orgulho quando questionada sobre o que sente quando a elogiam ou faz algo bem.

A Jovem A continuou a realizar sessões com a enfermeira da unidade, no sentido motivacional e de potencialização da autoestima e das suas capacidades individuais, dando assim, continuidade ao plano de intervenções por mim definido.

## 5.2. - Jovem B

### **Apresentação do adolescente e família**

O jovem B, sexo masculino, 16 anos de idade, vive com a mãe e o pai numa cidade que dista aproximadamente a 45km do hospital distrital de Santarém. Não tem irmãos.

Foi encaminhado para a consulta externa de pedopsiquiatria através da médica de família, por impulsividade e tiques, e ainda uma referência a “mau feitio”. Acompanhado

no serviço pela pedopsiquiatra e pela psicóloga, aceitou integrar de forma individual as atividades que lhe propus para trabalhar as dificuldades provocadas pela ansiedade.

O pai é bate-chapas, tem 45 anos e a mãe é funcionária numa peixaria e tem 46 anos. O jovem B nasceu às 38 semanas de parto eutócico sem necessitar de reanimação. Durante a infância teve convulsões febris até aos 8anos, dificuldade em regular o sono até aos 3 anos, um traumatismo hepático com necessidade de internamento aos 5 anos e um episódio de dermatite atópica sem especificar a sua ocorrência no tempo. Os pais negam a existência de antecedentes familiares.

Segundo a educadora, era sociável no jardim-de-infância e sem dificuldades na escola primária, tendo um comportamento dentro do esperado.

Devido aos tiques que apresenta desde o 6º ano, altura em que reprovou, terá iniciado consultas de psicologia perto da cidade onde vive, mas desistiu após duas sessões. A expectativa familiar reside na eliminação dos tiques.

O jovem B nega consumos, alterações do apetite e/ou do sono. Toma Topamax, 25mg de manhã e 50mg à noite. O topiramato pertence aos medicamentos antiepiléticos e anti convulsivantes. É utilizado para tratamento das crises parciais, crises associadas à síndrome Lennox Gastaut, crises tónico-clónicas primárias e tem ainda ação sobre o humor na psicose maníaco-depressiva. Pode provocar reações adversas sendo as mais frequentes, náuseas, anorexia, tonturas, sonolência, diarreia, cansaço e depressão (INFARMED, 2011b).

O jovem B está no 9º ano de um curso vocacional de informática, tendo ficado retido no 6º e 7º anos de escolaridade.

Não pratica desporto de momento, tendo já feito atletismo. Tem alguns amigos na escola, convive com eles unicamente nesse meio e não sai com eles. Não tem nenhum “melhor amigo” e não tem namorada. Gosta de ouvir música e jogar computador.

Não gosta de estudar, nem gosta que o incomodem com “coisas injustas”, como por exemplo, situações em que as funcionárias da escola o acusam - não especifica o tipo de acusações.

Refere, quando interpelado através do questionário (ANEXO III), o qual não quis responder por escrito, que uma das coisas que menos gosta nele próprio é “ser chato”, sendo esta uma característica que os amigos utilizam para o descrever. Relata ainda que fala muitas vezes sem pensar. Nas características que mais gosta, refere o facto de ser alegre, simpático, e bom em informática. Em relação à sua música preferida, diz que se sente alegre e aliviado quando a ouve e intitula-se “*See you again*” de *Wiz Khalifa*.

## **Perspetiva do adolescente**

### **O que sabe sobre a sua situação**

O jovem B verbalizou que os tiques não o incomodam, embora perceba que está na consulta por este motivo e aceite que a medicação o ajude a melhorar.

### **O que sente e preocupa**

O jovem B não apresenta muita crítica em relação à sua situação. Refere que no quotidiano “está bem”, que apenas algumas vezes tem “chatices com os amigos”, não especificando o tipo de chatice.

Quando alguém o chateia diz sentir-se normal, referindo que o facto não o incomoda, embora anteriormente tenha dito que não gosta de ser importunado com injustiças.

Diz não serem justas muitas das acusações de que é vítima por parte dos professores e auxiliares da escola, nomeadamente quando é apelidado de falador, distraído e impulsivo.

### **Preferências e hábitos**

Gosta de jogar computador. Gosta dos amigos, mas não têm o hábito de estar com eles fora do contexto escolar.

Não gosta de estudar nem da escola. Não tem por hábito estudar porque diz que tem boas notas mesmo assim. Não gosta de escrever.

### **Estratégias para resolver as situações preocupantes:**

Refere que não tem situações preocupantes no quotidiano.

## **Perspetiva do Enfermeiro**

### **Apresentação, Postura e Morfologia do jovem B:**

- Raça caucasiana, de olhos castanhos, cabelo castanho encaracolado.
- Apresenta-se com aspeto cuidado, boa higiene, acne na face, roupa sempre limpa e adequada à estação, usando frequentemente calças de ganga, *tshirt* escura,

sapatilhas desportivas, casaco desportivo e um relógio no pulso esquerdo, pequeno e digital;

- Ligeiro excesso de peso (IMC 24,9);
- Apresenta-se com postura aberta, cabeça erguida.

### **Mímica, expressão e motricidade:**

- Os olhos não demonstram muita vivacidade e perdeu frequente o contacto visual comigo nas primeiras sessões;
- A voz sempre num tom normal, com expressividade, e sem alterações do ritmo respiratório;
- Apresenta tiques: movimentos rápidos da cabeça para a frente;
- Senta-se direito, com os braços apoiados na mesa e com pouco contacto visual nas primeiras sessões;
- Não gesticula muito e sorri com facilidade;
- Motricidade global e fina aparentemente sem alterações.

### **Contacto e linguagem:**

- Recorreu a linguagem apropriada e cuidada;
- Frases curtas, com pouca informação, recorrendo com frequência a monossílabos.
- Utiliza frequentemente a ironia (referindo-me ao recurso estilístico), como por exemplo, “sim, sim, deve ser isso”;
- Estabeleceu contacto empático, cumprimenta os elementos da equipa dentro dos padrões culturais e esperou sempre que fosse encaminhado para a sala e respetiva cadeira.

### **Estado momentâneo da consciência:**

- Sem alterações na clareza ou na amplitude do campo;
- Discurso coerente, orientado no espaço, tempo e pessoa;
- Sem oscilações do estado de consciência;
- Atenção voluntária e boa concentração.

**Consciência de si:**

- Tem consciência da identidade do eu, dado que se reporta à sua pessoa no passado, como sendo ela própria, não existindo por isso, evocação a outra personalidade;
- Tem consciência da unidade do eu, visto que não apresentou discurso representativo de delírios;
- Sem alterações na consciência da atividade do eu, porque se reporta a, pensamentos, emoções, ações e recordações como suas, quando relata acontecimentos anteriores;
- Sem alterações na consciência dos limites do eu, porque não apresentou discurso da consciência do eu em oposição ao exterior;
- Aparentemente, sem alterações na consciência do corpo, uma vez que não apresentou discurso ou atitude que manifestassem distância do eu ao próprio corpo.

**Impulsos e Vontade:**

- Aparentemente com pouca motivação, demonstrada, por exemplo, quando questionado sobre o objetivo do seu estágio, respondendo: “é para cumprir horas”;
- Apresentou por várias vezes, incapacidade para inibir ou adiar respostas, na medida em que, verbalizou inúmeras vezes opiniões, sem tempo para reflexão, como por exemplo, quando questionado sobre o que faria se alguém o ultrapasse na fila de espera, ou se alguém o agredisse fisicamente;
- Não parece existir dificuldade em deliberar decisões, por conseguinte, em executá-las, demonstrando esta capacidade durante o treino assertivo, embora, maioritariamente, com recurso a comportamentos agressivos;
- Tem vontade de jogar computador.

**Humor:**

- Ansioso no início das sessões com apresentação de tiques, evidentes pela frequência com que aconteciam;
- Aparenta relaxar ao longo das sessões, diminuindo ou não apresentado, os tiques;
- Com vitalidade e alegre.

- Sem oscilações.

#### **Afetos e emoções:**

- Manifestou com facilidade, descontentamento com as observações dos professores e auxiliares relativamente ao seu comportamento na escola;
- Demonstra amor pela família;
- Relata que não gosta de estudar;
- Não tem um melhor amigo.

#### **Forma e conteúdo do pensamento:**

- Apresenta bom encadeamento de ideias;
- Raciocínio seguindo uma lógica;
- Facilidade em formar vínculos entre os conceitos e o juízo;

#### **Memória:**

- Evocou as experiências e os factos já ocorridos, com alguma facilidade, não se apresentando acessível à sua verbalização, visto que, quando solicitada a evocação de alguma situação passada, dizia “sei lá”, “não quero falar nisso”.

#### **Reação:**

- Relata e demonstra reações de impulsividade no discurso por incapacidade de inibir ou adiar a resposta, como quando selecionou comportamentos agressivos, como primeira opção comportamental.

### *5.2.1 – Diagnóstico de enfermagem*

Durante a fase de recolha de dados, foi aplicado o inventário de ansiedade de *Beck* (ANEXO XVI), ao qual, o jovem respondeu durante a entrevista diagnóstica, servindo para avaliar em valores concretos, o nível de ansiedade presente, antes das intervenções

por sessões. Neste inventário, foi obtido um resultado de 3 pontos que corresponde a um nível mínimo de ansiedade.

Analisados os dados obtidos, foi construído um enunciado, composto por diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem, tendo por base a CIPE-versão 2 (2011), e a sua apresentação é feita em formato de tabela como sugerido no documento de suporte. O diagnóstico definido é o **comportamento assertivo comprometido** e foram abordados os sete eixos. O comportamento assertivo é definido como a ação de expressar pensamentos pessoais de forma direta e confiante.

EIXOS	ACÇÃO	CLIENTE	FOCO	JUIZO	LOCALI- ZAÇÃO	RECURSOS	TEMPO
PROCESSO DE ENFERMAGEM							
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			Comportamento assertivo	Comprometido			
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	Promover	Jovem B	Auto Conhecimento		Serviço HDS	Treino assertivo	Marcação
	Controlar		Impulso		Serviço HDS Domicílio	Treino assertivo	Marcação
	Aumentar		Disponibilidade para aprender			Reflexão	Sempre
	Reduzir		Ansiedade			Exercício físico	Frequente
RESULTADOS DE ENFERMAGEM			Comportamento assertivo	Melhorado			

### 5.2.2. – Intervenções de enfermagem e planeamento das sessões

**Promover o autoconhecimento:** percepção da disposição da pessoa para manter ou abandonar uma ação, ou seja, razão de primeira ordem para a ação (CIPE, 2011).

**Recurso:** Treino assertivo

Consistiu na apresentação de diferentes situações do quotidiano, através de cenários, para reflexão, para explorar os processos comunicacionais e desta forma, facilitar a expressão emocional em défice, moderação da expressão emocional em

excesso, elaboração de pedido, resposta a pergunta/pedido, elaboração de crítica e resposta a crítica (Grilo, 2010).

Foi feito o relevo da importância e vantagens do autocontrole e respeito por si e pelo outro. Os cenários, serão enunciados ao longo da descrição da sessão, mais adiante.

**Controlar o impulso:** força acionadora, urgência, força motivadora (CIPE, 2011).

**Recurso:** Treino assertivo

Recorrendo aos cenários referidos anteriormente, demonstrar a vantagem de estabelecer maior autocontrole e autoconhecimento e como refere Grilo (2010), desenvolver a moderação da expressão de emoções em excesso. A impulsividade, neste caso, foi manifestada através de: agir sem pensar, incapacidade em adiar ou inibir repostas, dificuldade em controlar as suas emoções, como por exemplo, com os professores e auxiliares da escola. O comportamento agressivo, pode ser considerado um comportamento de risco. Segundo, Kaplan et al (1997), o comportamento agressivo estaria relacionado a conflitos despertados pelo ambiente interpessoal, que, associados ou não a um comprometimento orgânico ou neurológico, agem de forma a fortalecer os impulsos agressivos. Estes impulsos, quando não regulados devido a uma baixa capacidade de autocontrole, podem dar origem a comportamentos de risco psicossocial, essencialmente com manifestações de violência.

Ultrapassar um comportamento impulsivo, implica uma tomada de consciência das ações suscetíveis de serem aprovadas socialmente, e por isso, relativas a um aspeto importante do processo de socialização (Kopp, 1982, citado em Cruz, O., & Borges, M., 1992). Portanto, parece ser pertinente, aprender regras de conduta através do treino assertivo.

**Aumentar a disponibilidade para aprender:** estar preparado ou disponível para ação ou progresso (CIPE, 2011).

**Recurso:** Reflexão

Foram criados, momentos empáticos, sempre que possível e necessário, para a reflexão em determinados assuntos como, escola, importância de adquirir conhecimentos, trabalho em equipa e assertividade. Como já referido anteriormente, promover competências de aprendizagem nos alunos que sentem dificuldades poderá ter um efeito positivo na sua autoestima (Antunes, C. et al, 2006).

Visou ainda, o desenvolvimento a fluência de discurso, a verbalização de emoções, a manifestação de sentimentos.

**Reduzir a ansiedade:** sentimentos de ameaça, perigo ou angustia (CIPE, 2011).

**Recurso:** Exercício físico

O jovem B refere que gosta de atividade física e não tanto de relaxamento. Por isto, defini que uma das terapias a utilizar seria a atividade física no foco de ansiedade, como exemplo de uma atividade divertida que afeta o humor positivamente bem como o bem-estar geral. Foi realizado um treino *tabata*, que será descrito mais adiante.

### Plano das intervenções e descrição das sessões

<b>1ª Sessão: 04/11</b>	
<b>Plano:</b>	- Jogo dos sentimentos
<b>Objetivo:</b>	- Autoconhecimento; - Conhecimento do outro.
<b>Avaliação:</b>	- Verbalização da emoção
<b>2ª Sessão: 18/11</b>	
<b>Plano:</b>	- Atividade física: 4 rondas de 20 segundos de salto à corda; 4 rondas de 20 segundos de bola à parede; 4 rondas de 20 segundos de <i>burpees</i> (deitar no chão, seguir em flexão de braços e voltar à posição ereta). - Contar em cada ronda o número de repetições; tentar igualar ou superar ronda anterior; 10 segundos de descanso entre cada ronda.
<b>Objetivo:</b>	- Reduzir ansiedade; - Aumentar autoestima e autoconfiança; - Estimular a autossuperação.
<b>Avaliação:</b>	- Verbalização da emoção.
<b>3ª Sessão: 16/12</b>	
<b>Plano:</b>	- Cenários para treino assertivo.
<b>Objetivo:</b>	- Treinar assertividade e autocontrole.
<b>Avaliação:</b>	- Verbalização da emoção.

<b>4ª Sessão: 13/01</b>	
<b>Plano:</b>	- Imagens sobre entreajuda e trabalho de equipa; - Frases incompletas; - Aplicação do inventário de <i>Beck</i> .
<b>Objetivo:</b>	- Desenvolver autoconhecimento;
<b>Avaliação:</b>	- Verbalização da emoção.

Para melhor compreender e conhecer o jovem B, defini para a primeira sessão uma atividade que possibilitasse a expressão de sentimentos e emoções. Designei-a de jogo dos sentimentos e era constituída por duas imagens em *software power point* (ANEXO XVII), sendo uma um automóvel azul e a outra, um automóvel preto, ambos pertencentes à sequência de filmes “*Fast and furious*”, que o jovem diz ser uma das suas preferidas. Numa zona à parte das duas imagens, estavam caixas pretas que o jovem deveria destapar, de forma a revelar um sentimento. Depois, deveria colocar o sentimento no carro azul caso fosse um sentimento que quisesse guardar, ou colocar no carro preto caso fosse um sentimento para descartar.

Durantes a sessão, o jovem B mostrou-se colaborante, manifestando-se voluntariamente sobre cada sentimento. Escolheu para colocar no carro azul, os sentimentos de humildade, esforço, orgulho, afeto, felicidade e sucesso. No carro preto, os sentimentos de medo, angústia, raiva e injustiça. Quanta à humildade, relatou que a médica de família numa das consultas, lhe terá dito que ele “é uma pessoa pouco humilde”. Quando questionado acerca do motivo que pensa, que a terá levado a afirmar isso, refere que não sabe, mas que também não o incomoda, uma vez que se considera uma pessoa humilde. A sua definição de humilde passa por ser modesto, aprender com os outros e ouvir os outros. Foi também inquirido quanto ao facto de que, se não o incomoda, então qual o motivo pelo qual fala no assunto? Justificou, respondendo que considera a acusação injusta, mas mantém a afirmação de que isso não o incomoda.

Associou o sentimento esforço à escola, referindo que não precisa de se esforçar porque tem sempre boas notas. Quando inquirido sobre a importância do esforço no quotidiano das pessoas em geral, diz que é necessário e que há situações em que sem esforço não se alcançam objetivos, como por exemplo, conseguir um emprego.

Segundo refere, o sentimento de orgulho está presente quando faz alguma coisa bem. Diz já ter sentido orgulho, quando por exemplo passa de ano letivo.

No sentimento de afeto, falou dos pais, da relação com os mesmos e de como sente apoio e gosta do ambiente familiar. Associou também a felicidade aos seus pais e considera-se uma pessoa feliz.

Considera que o sentimento de sucesso está associado à felicidade e por isso ele é necessário para as pessoas se sentirem felizes. Define-se como feliz embora utilize uma resposta curta, referindo que não sabe explicar porque o diz, mas que se sente feliz

Nos sentimentos que considera querer afastar da sua vida, a angústia é um deles. Não sabia o significado e foi explicado que é uma mágoa muito forte; perante a descrição do sentimento, refere que nunca o sentiu, mas que não quer sentir.

Quanto à raiva, refere não se recordar de nenhum momento em que a tenha sentido. Uma vez que referiu que “nada” o “incomoda”, e tendo por base a impulsividade relatada pelo mesmo e pelos professores, foi colocado um cenário, que considerei ter relativa probabilidade de o fazer sentir raiva. Perante a situação em que alguém o ultrapassa numa fila para o bar, foi perguntado como reagiria. O jovem B explica que no bar não há fila e que cada um sabe a sua vez. Posto isto, colocou-se a possibilidade de alguém saber qual o seu lugar, mas mesmo assim não respeitar a ordem, pelo que respondeu de imediato - “não passa porque não deixo isso acontecer”. Questionei-o então sobre o modo como o faria, referindo com insistência, que essa situação é impossível de lhe acontecer, não conseguindo fundamentar com factos ou exemplos.

De seguida foi colocado outro cenário hipotético em que alguém o empurra. Responde que se for menina não agride fisicamente, mas se for rapaz, sim. E se a menina continuar? Diz que não agride mesmo que esta insista e não providencia qualquer solução para a situação. Se for rapaz, diz que agride, mas que não sente raiva. Também refere que nunca foi agredido e por isso nunca utilizou a agressão física como solução.

Quanto à injustiça, diz sentir muitas vezes, nomeadamente em atitudes provenientes de professores e auxiliares educativos. Diz não serem justas muitas das acusações de que é vítima, como, falador, distraído e impulsivo. Relata que os professores é que lhe faltam ao respeito, uma vez que apagam o quadro antes de conseguir reproduzir a sua totalidade e que os alerta para isso, mas que não é bem compreendido. Relata que é acusado de impulsividade e de não se esforçar para acompanhar o ritmo.

O medo é um sentimento que refere não sentir. Utiliza expressões como “nunca sinto” e “não tenho medo de nada”. Quando colocada a questão se é necessário um certo medo na vida, como por exemplo o medo da consequência, refere que não se deve sentir

medo e afirma que nunca tem medo. Não tem medo de morrer nem de perder alguém, dizendo que isso faz parte da vida.

No final da sessão foi questionado sobre como se sentiu, referindo que se sentiu bem e confortável.

Na sessão seguinte, considerei que poderia incrementar a confiança na equipa, se utilizasse uma intervenção em que fosse usado algum tipo de parceria. Introduzi aqui a sessão de atividade física, que serviu para estimular a sua competência para esta atividade, e em paralelo, demonstrar a sua eficácia no controlo da ansiedade.

Fiz um ensino sucinto quanto à importância da atividade física, referindo os aspetos positivos e benéficos, utilizando para tal, o folheto elaborado para o efeito (ANEXO VI). Reagiu com interesse, colocando questões sobre alguns exemplos de exercícios que poderá utilizar em casa, dando também ele próprio exemplos. Assim, com o acompanhamento de música, ideia que também propus, iniciamos uma atividade curta de moderada intensidade no ginásio, utilizando cordas e bolas, material que facilmente conseguirá adquirir para fazer o exercício em casa. Foi também explicada a importância de aquecer as articulações, bem como um exercício que lhe permita aumentar a frequência cardíaca, como seja corda ou uma corrida, para indicar ao corpo que vai iniciar um exercício físico. A atividade que realizamos é um treino “*tabata*”, descrito no plano supracitado. O objetivo é que em cada ronda, se tente igualar ou ultrapassar o recorde alcançado na ronda anterior. Isto pretende estimular a autossuperação e o cumprimento de objetivos, provocando uma sensação de prazer e sucesso, bem como a consciencialização da responsabilidade de se empenhar para os alcançar.

Após a atividade que realizamos em conjunto, embora seja sessão individual e de autossuperação, o jovem referiu sentir-se bem-disposto e divertido, salientando o facto de que poderá vir a adotar a atividade física no seu quotidiano. Voluntariamente, pediu para levar o folheto.

Após esta sessão, considerei que os focos de impulsos e autoconhecimento, deveriam ser trabalhados de forma a contribuir para a construção de um comportamento assertivo. Utilizei o treino assertivo em forma de cenários apoiados em *software power point* (ANEXO XVIII). O objetivo foi escolher a resposta que mais se adequasse ao seu comportamento, entre os vários tipos de respostas que eram apresentadas para cada cenário. Em algumas apontou a escolha pela resposta agressiva, nomeadamente, quando apresentadas situações de abuso dos seus direitos, em contexto de locais públicos; mas

em grande parte, selecionou a resposta assertiva, nomeadamente em cenários do contexto familiar.

No primeiro cenário que representa um diálogo entre mãe e filho, em que a mãe solicita que seja discutido com o filho, o facto ter tido um acidente com a mota, escolhe a resposta mais assertiva - “continuo a pedir que respeite o meu aborrecimento e prometo que falaremos em breve”. Reforça que é um exemplo que normalmente segue na relação com os pais. No segundo cenário, também em contexto familiar, em que a mãe pede a colaboração do filho, durante a visita da avó, situação que o deixa incomodado, também escolhe a resposta mais assertiva - “Desculpa! É verdade, tens razão. Ficarei feliz por ti, claro”.

O terceiro cenário descreve uma situação diferente: dois amigos estão num restaurante, o pedido de um deles vem equivocado e este solicita a correção do mesmo. O outro amigo considera que está a ser parvo, manifestando a sua opinião num tom de voz elevado. O jovem B é questionado sobre o que achou da atitude do amigo que se manifesta aos gritos. Responde - “o amigo foi parvo. Não devia dizer nada sobre a comida do outro”. Quanto ao tipo de comportamento adotado por esse amigo, refere ter sido agressivo.

O cenário quatro refere-se a uma situação em que o personagem Pedro, recebe em casa um amigo, o João, e juntos decidem o que fazer. O João quer jogar computador, o Pedro diz que quer ver uma série de televisão. Perante a resposta do João, que afirma preferir jogar, o Pedro não negocia e impõe a série de televisão. O João apenas diz “ok”, ficando triste. Ao analisar a situação, o jovem B reconhece que o João foi passivo. Quando solicitei uma solução para este cenário, o jovem B refere que o João poderia abandonar a casa do Pedro. Após um período de reflexão, o jovem B considera que, mesmo que o João se ausentasse teria sido passivo, e que a negociação seria a solução mais adequada para esta situação. Assim, poderiam ver a série e jogar mais tarde, ou jogar primeiro e ver a série depois. Quanto à postura do Pedro, o jovem B considerou que este teve um comportamento agressivo.

No último cenário, numa fila de supermercado, a personagem da situação é ultrapassada na fila e quando isto acontece, manifesta que gostaria de manter o seu lugar na fila. A pessoa que ultrapassa, não respeitando a fila, grita que só tem um objeto e que isso não o irá atrapalhar assim tanto. Aqui, o jovem B escolhe uma das respostas mais agressivas, mas após refletirmos sobre as possíveis consequências da mesma, como seja, a continuação do tom de voz elevado e possível início de agressões físicas, por exemplo,

altera a resposta para - “ Eu percebo que seja pouco o que tem para pagar, mas de qualquer forma, sendo este o meu lugar, teria sido correto perguntar se o posso ceder”.

O jovem B quer ser programador, mas apresenta-se muito incomodado quando se aborda a importância da aprendizagem, especialmente em outras áreas que não informática, referindo que não têm muito interesse.

Os tiques, que ainda não têm uma origem identificada, poderão estar relacionados com os níveis de ansiedade, até porque são mais exacerbados quando se abordam temas que incluem a escola, atenuando depois durante as sessões.

Durante um determinado período, o jovem B esteve a fazer um estágio numa junta de freguesia, sobre o qual não sabe especificar os objetivos ou duração. Quando voltei a questionar sobre a razão da existência do estágio, referiu - “é para cumprir horas”. Sempre que pertinente, foi reforçada a importância de estar disponível para aprender. Foi reforçada a importância de refletir sobre a relevância de aprender e que vantagens pode trazer o conhecimento. Relativamente a uma observação no registo de avaliação do 1º período, em que o seu comportamento foi descrito como, falador, dificuldade em aceitar a repreensão e que recorre a atitudes impulsivas, refere que não a considera justa e que não concorda com a mesma.

Na continuação do desenvolvimento do autoconhecimento e por conseguinte do comportamento assertivo, foi realizada uma sessão em que utilizei imagens sobre trabalho de equipa e de ajuda (ANEXO XX). O jovem B considerou que ajuda os outros sempre que necessário e verbalizou a importância do trabalho em equipa, referindo que lhe é fácil exercer funções numa equipa. Questionado sobre o que é necessário para constituir uma equipa, respondeu que não sabe. Não manifestou muita vontade de refletir mais profundamente no tema, uma vez que a cada questão, apresentava respostas monossilábicas, como “sim” e “não”.

Na mesma sessão, foi introduzido o jogo das frases incompletas (ANEXO XIX), perante o qual demonstrou alguma renitência para escrever. Embora o tenha feito, não investiu muito tempo em construir as respostas escritas. Respondeu de uma forma muito superficial como por exemplo na frase “fico furioso quando me irrita”. Voltou a negar sentir medo, mesmo quando questionado sobre situações perigosas como atravessar uma estrada com um camião que está bem perto.

Na frase respeitante aos amigos, deixou-a por completar. Após o preenchimento de todas as outras frases, perguntei porque não a preencheu, dizendo que – “não tenho nada a dizer” sobre “como os amigos são”. Passado algum tempo de reflexão, conseguiu

caracterizá-los de alguma forma. Na frase referente “aos outros”, perguntou qual era a minha intenção, respondi que a completasse com a primeira ideia que lhe surgisse. Não respondeu porque, tal como afirma – “não tenho nada a ver com os outros”.

No final da última sessão, referiu que não se sentiu bem a escrever, não especificando o motivo. Referiu apenas que não gosta de escrever, tendo respondido por escrito numa das frases por completar, que é uma ação que o frustra.

Em geral sentiu-se bem e relativamente ao global das sessões disse que tinha gostado, considerando que o ajudaram a pensar, embora referisse que não sentia grande diferença nos seus comportamentos do quotidiano. Ajustou com a enfermeira da unidade, que continuaria as sessões e demonstrou interesse em fazê-lo.

### **Reflexão sobre as sessões**

Nas primeiras abordagens, o jovem B não demonstrou muita abertura nas respostas, sendo muito monossilábico e sem muito contacto visual. No decorrer das sessões o seu comportamento mudou, manifestou várias vezes sorrisos, contacto do olhar, humor e o discurso passou a ser mais composto e descritivo.

Apresentou, em determinados momentos, comportamento pouco assertivo e repostas rápidas, com dificuldade em adiar a sua verbalização, mas que conseguia modificar após um período de reflexão.

O facto de a médica de família lhe ter dito que é uma pessoa “pouco humilde”, terá ficado na sua memória. Embora tenha referido inicialmente que não o incomodou, mais tarde já terá dito que achou injusto e que não é assim que se ele define.

Manifestou muita inércia em aprender algo novo, apresentando quase sempre uma atitude crítica com recurso à ironia (figura estilística). Por exemplo, em relação a detalhes presentes nos diapositivos, como cor e imagens escolhidas, frequentemente utilizou expressões como - “muito giro este boneco, sim senhor”. Em relação à escola também fez referências irónicas como - “tem muita razão, tem”; “sim, sim, deve ser isso”, quando falava nos professores e nas possíveis justificações que se colocaram para o juízo feito pelos mesmos, relativamente ao seu comportamento; e quando questionado se a expressão era irónica, mantinha o mesmo registo - “o que é que acha?”.

Quando lhe era pedido para se colocar no lugar de um dos professores, continuava a considerar que este não tinha razão. Ao longo das sessões, demonstrou alguma dificuldade em se colocar no lugar do outro, quando o cenário se invertia.

O seu discurso ao longo das sessões, sugere que os outros com quem se relaciona, são uma entidade que não o influenciam, do mesmo modo que sugere, que os amigos não lhe são muito próximos. A opinião dos outros é quase sempre injusta e descabida em relação a ele próprio. Aparece não ser muito autorreflexivo, pela dificuldade em adiar respostas, embora esboce crítica de que é impulsivo e chato, referindo que - “pelo menos é o que os amigos dizem”.

Refere que não tem medo de nada e que é possível não ter medo. Alega que não sente medo, mesmo quando lhe é fornecido um exemplo, de uma situação limite, onde um camião vem ao seu encontro, a grande velocidade, e ele encontra-se sem uma solução eficaz para escapar.

Durante as sessões apresentou esporadicamente os tiques, que constituem um dos motivos de preocupação da família e um dos focos de intervenção da equipa da unidade.

O jovem B refere que não os nota e que também não o incomodam. A enfermeira da unidade considerou que seria mais eficaz não abordar este foco diretamente, uma vez que, segundo a sua experiência, os tiques exacerbam quando abordados. Cumpre a medicação segundo o próprio e a mãe afirmam, e foi sempre questionado sobre efeitos secundários que eventualmente sentisse, ou alguma outra dúvida acerca da prescrição.

Aparece alguma dificuldade e/ou pouco prazer em socializar com os outros. Demonstrou logo ao início que não queria integrar um grupo e verbalizou, juntamente com a mãe, a preocupação de eventualmente ser integrado em algum, pelo que foi esclarecido mais uma vez, que a legitimidade dessa decisão era apenas dele. Deste modo, e de acordo com a sua vontade, todas as intervenções foram realizadas individualmente.

### 5.2.3- Resultados de enfermagem

Na última sessão foi aplicado novamente o inventário de *Beck* e o resultado foi um valor de 7 pontos, contrastando com os 3 pontos obtidos na 1ª sessão. Perante este resultado, coloco a hipótese de que o jovem B na primeira abordagem, poderia não ter a capacidade autocrítica suficiente ou a confiança necessária no novo ambiente, para se manifestar com maior veracidade.

Para melhor entender os efeitos das sessões, adaptei os resultados esperados da NOC e criei indicadores relativos à frustração. Considero que as intervenções escolhidas possam ter contribuído para melhorar o comportamento assertivo, embora exista ainda

um caminho a desenvolver com o jovem B, que aparenta ter potencial para desenvolver maior capacidade autocrítica e assertiva.

O facto do jovem B manifestar vontade em continuar com as atividades programadas, com a enfermeira da equipa, dá a entender que as sessões o ajudam de alguma forma, ou que tem esperança nesse resultado.

<b>Ansiedade:</b>	<b>Resultados</b>
• Monitoriza a intensidade da ansiedade;	Não
• Usa técnicas de relaxamento;	Não
• Relata um sono adequado;	Sim
• Relata ausência de manifestações físicas de ansiedade;	Não
• Relata duração aumentada do tempo entre episódios;	Não
• Mantém a concentração;	Sim
• Relata duração diminuída dos episódios;	Não
• Reduz estímulos ambientais quando ansioso.	Sim
<b>Coping:</b>	
• Toma decisões manifestando confiança;	Sim
• Verbaliza necessidade de auxílio;	Não
• Verbaliza situações de resistência à frustração;	Não
• Demonstra comportamento assertivo	Sim
<b>Comportamento assertivo</b>	
• Enfrenta os problemas;	Sim
• Expressa, sentimentos e emoções espontaneamente;	Sim
• Identifica estratégias de enfrentamento;	Sim
• Usa estratégias de enfrentamento eficazes;	Nem sempre
• Demonstra autoconhecimento;	Não
• Afasta-se das situações extremamente <i>stressantes</i> ;	Sim
• Comunica de forma assertiva.	Nem sempre
<b>Frustração</b>	
• Identifica as situações que o frustram;	Nem sempre
• Identifica estratégias de enfrentamento;	Não
• Manifesta discurso verbal, escrito de maior tolerância;	Não
• Demonstra maior capacidade de resistência a situações frustrantes.	Não

O jovem B ao longo do tempo foi revelando maior confiança no ambiente, olhava com maior frequência nos olhos e utilizava progressivamente um humor menos baseado no recurso estilístico ironia. Manifestou opções mais assertivas ao longo do tempo, embora tenha mantido a dificuldade em admitir que seria importante refletir nos seus comportamentos, nomeadamente na escola com os professores. Admitiu, embora muito fugazmente, que é impulsivo porque fala sem pensar, mas ainda considerou que são injustas muitas das acusações que lhe fazem nesse âmbito. Terminou as sessões continuando a verbalizar que não sente medo, o que pode significar que deverá trabalhar o autoconhecimento e a disponibilidade para aprender com os outros.

Consegue enfrentar os problemas, embora recorra algumas vezes a comportamentos menos assertivos. No final das sessões notou-se um aumento do tempo que levava a construir um argumento ou uma opinião, e conseguiu identificar os vários tipos de comportamento, dando ênfase aquele que considerava mais vantajoso. Notou-se ainda uma maior facilidade em manifestar sentimentos e emoções de forma espontânea.

O jovem B continuou a realizar sessões com a enfermeira da unidade, trabalhando a assertividade e o autoconhecimento.

### 5.3. Outros casos acompanhados

Os casos clínicos que se seguem respeitam ao acompanhamento de quatro jovens, um do género masculino que se chamará “jovem C”, e três do género feminino, cujos nomes serão, “jovem D”, “jovem E” e “jovem F”.

O jovem C teve uma assiduidade dentro da expectativa, para se constituir um caso clínico, ou seja, esteve presente em 80% das sessões marcadas. Porém, foi um jovem que apresentou muita dificuldade em focalizar-se nas atividades e cuja construção do pensamento exibiu algumas alterações. A construção da crítica e de juízos também apresentou algumas fragilidades, como se poderá verificar pela descrição que se seguirá no caso clínico.

As três jovens tiveram muita dificuldade em assumir o compromisso com as datas e horas das sessões. Tiveram uma assiduidade muito aquém do esperado e necessário. A jovem F terá ido apenas à entrevista de diagnóstico, mesmo tendo demonstrado interesse em continuar. As jovens D e E foram a 2 sessões após a entrevista clínica. Foram realizadas várias tentativas de contacto para remarcar outras sessões, e embora em alguns

dos contactos tenhamos tido sucesso, as jovens não cumpriram o compromisso assumido. Por falta de assiduidade, foi dada alta pela enfermeira da equipa.

Posto isto, seguem-se os casos clínicos até às fases do processo que foram possíveis realizar.

### **Caso clínico Jovem C**

#### *Análise dos dados e construção do diagnóstico*

O jovem C tem 11 anos de idade, é do sexo masculino, vive com a mãe e o pai na cidade de Santarém. Terá sido encaminhado para a consulta externa de pedopsiquiatria através da consulta de desenvolvimento. Está a ser acompanhado no serviço por imaturidade, dificuldade de integração com o grupo de pares e ansiedade. Acompanhado no serviço pela pedopsiquiatra e psicóloga, aceitou integrar as atividades que lhe propus para trabalhar as dificuldades provocadas pela ansiedade. Ficou de forma individual, uma vez que a jovem com 12 anos que acompanhei poderia eventualmente pertencer ao mesmo grupo de pares. O pai é contabilista, tem 41 anos, a mãe tem 39 anos e é empregada doméstica. O jovem C nasceu às 35 semanas por circular do cordão umbilical, e revelou alterações no índice de Apgar necessitando de dois dias em incubadora. É seguido em consulta de desenvolvimento desde os 3 anos de idade, para terapia da fala. Teve episódios de bronquiolites e os pais negam antecedentes familiares.

No jardim-de-infância, a educadora referiu que tinha dificuldade em “estar quieto” tendo sempre um comportamento “muito vivo”. Neste momento frequenta o 6º ano de escolaridade. Durante o 5º ano terá sido eventualmente vítima de *bullying* e terá iniciado alterações na caligrafia, segundo referem os pais.

A professora do colégio refere que o jovem C é sociável, sem dificuldade de aprendizagem embora o comportamento em sala de aula seja instável com frequente falta de atenção.

Toma valdispert 45mg, de manhã, tendo já feito metilfenidato no passado. Este último, promove a melhoria da atividade de certas partes do cérebro. Este medicamento pode ajudar a melhorar a atenção (desvios de atenção), a concentração e a reduzir o comportamento impulsivo. Os efeitos secundários frequentes (afetam menos de 1 em 10 pessoas), são, batimentos cardíacos irregulares (palpitações), alterações de humor, variações de humor ou alterações de personalidade. O valdispert é um medicamento, cuja

substância ativa é o extrato seco de raiz de valeriana, indicado para a ansiedade ligeira temporária e dificuldade temporária em adormecer. Pertence ao grupo dos medicamentos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos e não são conhecidos efeitos adversos associados (INFARMED, 2010).

A família espera que o jovem C aprenda a defender-se em caso de ofensa física e/ou verbal.

A relação com os pais refere ser “boa” e relaciona-os a sentimentos como conforto e amizade, durante uma das sessões (ANEXO XXIII).

### **O que sabe sobre a sua situação:**

O jovem não manifesta conhecimento sobre a sua situação, porque uma vez inquirido sobre que o motivo o leva ao serviço, refere que não sabe.

### **O que sente e preocupa:**

O jovem C não apresenta muita crítica em relação à sua situação, ou pelo menos não foi possível a sua verbalização porque divagou para outros assuntos quando interpelado. Refere que passa o dia com “vontade de ir para casa”, após a escola, passando o dia a “pensar no final” do mesmo e no que vai acontecer, aparentando sofrer por antecipação. Quando questionado sobre como é a rotina após a escola, descreve que vai para casa, lancha, faz os trabalhos de casa e brinca com o pai. Relata que onde sente mais *stress*, é na escola e que não quer uma má reputação, não especificando mais o assunto.

### **Hábitos e preferências:**

O que mais gosta de fazer é jogar computador. Pratica natação, uma vez por semana, e refere que gosta. Quer vir a ser engenheiro. Gosta da escola.

### **Estratégias para resolver as situações preocupantes:**

Não parece ter uma estratégia pensada embora diga que gostaria de “viajar no tempo” para poder avisá-lo “para fazer as coisas bem”.

## **Perspetiva do Enfermeiro**

### **Apresentação, Postura e Morfologia:**

- Raça caucasiana, olhos castanhos, cabelo castanho, curto; unhas cuidadas.
- Apresenta-se com aspeto muito cuidado, boa higiene, roupa sempre limpa e adequada à estação. Sem acessórios.
- Quanto à morfologia, é de normal estatura, com peso ligeiramente acima do normal.
- Apresentava-se, descontraída, com os braços em cima da mesa e costas apoiadas na cadeira.

### **Mímica, expressão e motricidade:**

- O olhar apresenta períodos de distração e desvio para um ponto longínquo, como que, no infinito, embora com frequente contacto visual comigo;
- A voz sempre num tom normal, com expressividade, e sem alterações do ritmo respiratório;
- Motricidade global e fina aparentemente sem alterações.

### **Contacto e linguagem:**

- Apresentou perturbações na comunicação, na construção verbal e na dicção de algumas palavras, não havendo um padrão ou palavras evidentes, onde isso aconteça;
- Dificuldades na escrita, trocando por exemplo, o “Z” por “5”;
- Apresenta fuga de ideias, uma vez que divaga para outros temas, através da representação verbal do seu pensamento, não sendo fácil que volte ao assunto em causa;
- Apresenta discurso hiperativo, manifestando um fluxo abundante de palavras;
- Imaturidade na caligrafia e desenhos (ANEXO XXIII).

### **Estado momentâneo da consciência:**

- Discurso coerente, orientado no espaço, tempo e pessoa;

- Atenção voluntária embora com frequentes desvios;
- Desvios momentâneos da concentração.

### **Consciência de si:**

- Tem consciência da identidade do eu, uma vez que se reporta à sua pessoa no passado como ela própria, não existindo por isso, evocação a outra personalidade;
- Tem consciência da unidade do eu, visto que não apresentou discurso representativo de delírios;
- Sem alterações na consciência da atividade do eu, porque se reporta a, pensamentos, emoções, ações e recordações como suas, quando relata acontecimentos anteriores;
- Sem alterações na consciência dos limites do eu, porque não apresentou discurso da consciência do eu em oposição ao exterior;
- Aparentemente, sem alterações na consciência do corpo, uma vez que não apresentou discurso ou atitude que manifestassem distância do eu ao próprio corpo.

### **Impulsos e Vontade:**

- Parece existir dificuldade em deliberar decisões, por conseguinte em executá-las, porque aparenta ter vontade de “fazer as coisas bem” mas não tem sucesso;
- Tem vontade de jogar computador;
- Tem vontade que chegue “o final do dia”, para saber o que vai acontecer.

### **Humor:**

- Com vivacidade;
- Alegre e participativo sem renitência.

### **Emoções e afetos:**

- Demonstra amor pela família (núcleo);
- Expressa com facilidade alegria, carinho e gentileza;

- Sorri com facilidade e demonstra facilmente emoções como carinho, através de abraços quando solicitados.

#### **Forma e conteúdo do pensamento:**

- Apresenta alguma dificuldade no encadeamento de ideias, fugindo do que é proposto com frequência;
- Pensamento vago; falta de clareza e relações conceptuais;
- Fuga de ideias.

#### **Memória:**

- Não evoca o passado com facilidade. Porém, não se consegue concluir que tenha alteração ou perturbação da memória, uma vez que apresenta fuga de ideias com frequência.

#### **Reação:**

- Apresenta reações de déficit de atenção através de logorreia e fuga de ideias;
- Sofre por antecipação: “penso no final do dia, no que vai acontecer”.

Analisados os dados obtidos, e considerando o resultado do inventário de ansiedade de *Beck* (ANEXO XXI), aplicado durante a entrevista diagnóstica, onde foi obtido um resultado de 9 pontos que corresponde a um nível mínimo de ansiedade, foi construído um enunciado, composto por diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem, tendo por base a CIPE-versão2, (2011), e a sua apresentação é feita em formato de tabela como sugerido no documento de suporte. O diagnóstico definido é o **comportamento assertivo comprometido** que se define como expressar pensamentos pessoais de forma direta e confiante (CIPE, 2011).

EIXOS	ACÇÃO	CLIENTE	FOCO	JUIZO	LOCALI- ZAÇÃO	RECURSOS	TEMPO
PROCESSO DE ENFERMAGEM							
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			Comportamento assertivo	Compro_ metido			
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	Potenciar	Jovem C	Autoestima		DPP HDS	Treino assertivo Role play	Marcação
	Otimizar		Atenção			Arte-terapia	Marcação
			Autonomia			Arte-terapia Treino assertivo Role play	Marcação
	Reduzir		Ansiedade			Relaxamento	Sempre
RESULTADOS DE ENFERMAGEM			Comportamento assertivo	Melhorado			

### *Intervenções de enfermagem e planeamento de sessões*

**Potenciar a autoestima:** opinião que cada um tem de si próprio, a visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de autoaceitação e de autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva (CIPE, 2011).

**Recurso:** *Role play* e treino assertivo

Foi realizada a encenação de situações em que foi solicitada a tomada de decisões, menos confortáveis. Através da demonstração da importância da autoconfiança na tomada de decisões, e manifestação de opiniões, é potencializada a autoestima na medida em que torna a pessoa mais segura dos seus direitos e das suas convicções.

**Otimizar a atenção:** recepção e processamento intencionais de informação (CIPE, 2011).

**Recurso:** Arte-terapia

A arte-terapia, como referido anteriormente, promove a autoexpressão de emoções e sentimentos, sendo como que, uma extensão de nós mesmos, ou seja, uma projeção do corpo e da alma. Pode favorecer a autoestima, o equilíbrio mental e físico e a concentração.

Todas as tarefas realizadas através da arte, necessitam de concentração e atenção. Foram portanto, aproveitadas estas faculdades, para demonstrar o seu crucial papel no sucesso pessoal e no cumprimento de objetivos.

**Otimizar a autonomia:** *status* de autogovernança e auto-orientação (CIPE, 2011).

**Recurso:** Arte-terapia, *Role play* e treino assertivo

A arte-terapia, serviu para a expressão de emoções e sentimentos, e exploração de questões desconfortáveis que poderiam existir no seu quotidiano.

Através do *Role Play*, foram colocadas situações para que o jovem treinasse a tomada de decisão e percebesse a importância de formar uma opinião, bem como expressá-la. A apresentação de diferentes situações problemáticas, serviu para treinar e explorar os processos comunicacionais, facilitar a expressão emocional, elaborar um pedido ou resposta a pergunta/pedido, elaboração de crítica e resposta a crítica (Grilo, 2010).

**Reduzir a ansiedade:** emoção negativa: sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (CIPE, 2011).

**Recurso:** Técnica de relaxamento

Como descrita anteriormente, consistiu, numa criação e conjugação de alongamentos com a técnica de relaxamento de *Jacobson*, com o objetivo de ensinar técnica de respiração e relaxamento muscular (ANEXO VIII). Aplicada sensivelmente a meio do percurso, porque considerei que necessitaria de estabelecer uma relação empática e de confiança com o jovem para que este se sentisse mais confortável.

*Plano de sessões*

<b>1ª Sessão: 14/10</b>	
<b>Plano:</b>	- Arteterapia: “descreve o que vês nas imagens e faz corresponder o sentimento que te faz mais sentido”
<b>Objetivo:</b>	- Expressar os sentimentos; - Desenvolver o conhecimento de si;
<b>Avaliação:</b>	- Verbalização da emoção.

<b>2ª Sessão: 28/10</b>	
<b>Plano:</b>	- Arte-terapia: “Encontra as palavras abaixo no meio da tabela. Depois desenha algo que te faça lembrar essa palavra numa folha branca”
<b>Objetivo:</b>	- Expressar sentimentos; - Compreender o conhecimento de si e do outro.
<b>Avaliação:</b>	- Verbalização da emoção
<b>3ª Sessão: 11/11</b>	
<b>Plano:</b>	- Sessão de relaxamento;
<b>Objetivo:</b>	- Demonstrar que o relaxamento pode ser uma forma de redução de ansiedade.
<b>Avaliação:</b>	- Verbalização da emoção; - Avaliação de sinais vitais antes e depois (ANEXO IX).
<b>4ª Sessão: 13/01</b>	
<b>Plano:</b>	- <i>Role Play</i> ; Jogo frases incompletas; - Aplicação do inventário de <i>Beck</i> ;
<b>Objetivo:</b>	- Melhorar comportamento assertivo; - Desenvolver o conhecimento de si.
<b>Avaliação:</b>	- Verbalização da emoção.

No presente caso clínico, optei por focalizar a atenção na potencialização do comportamento assertivo, uma vez que este aspecto parece influenciar bastante os níveis de ansiedade deste jovem. Durante a entrevista refere que gostaria de viajar no tempo e dizer a ele próprio como fazer as coisas, o que dá a entender que toma as decisões erradas, mas que gostaria que fosse diferente.

Na primeira sessão foi utilizado um jogo sobre emoções (ANEXO XXII), onde o jovem C teve como função, demonstrar emoções relativas a uma determinada imagem, através da colagem de uma das figuras presentes na escala de emoções, criada por mim, com aproveitamento de imagens pré-existentes na internet (ANEXO XII).

O objetivo foi promover a expressão de sentimentos perante cenários que podem acontecer no seu quotidiano, facilitando o conhecimento de si e do outro.

Nesta sessão não demonstrou qualquer renitência em colaborar, mas não verbalizou, quando solicitado, situações análogas em que sentiu aquela mesma emoção, uma vez que fugia do tema com facilidade. Em todas as imagens identificava a personagem como sendo outro que não ele, e, quando pedido para se colocar no cenário, voltava a divagar por outros temas, não sendo fácil dar o exemplo, uma vez a verborreia e a fuga de ideias eram uma constante. Apenas conseguiu centra-se na imagem da família, referindo sentir-se feliz com a família que tem.

No final da sessão pedi-lhe que expressasse a emoção que sentiu; referiu que se sentiu “bem e confortável”.

Na continuação da expressão de sentimento e emoções, foi realizado um jogo do tipo sopa de letras (ANEXO XXIII), cujo objetivo era encontrar determinadas palavras como, liberdade, beleza, medo, conforto, amizade, conflito e brincar, sendo-lhe pedido que desenhasse algo que a palavra o fizesse lembrar. Colaborou muito facilmente, sem necessidade de ajuda para encontrar as palavras. Os desenhos que ia fazendo eram acompanhados de uma descrição verbal rica, verborreica e com fuga de ideias para temas completamente fora do contexto.

Desenhou para a palavra amizade, dois rapazes, explicando que são amigos. Perguntei se tem amigos e como se relaciona com eles, respondendo que, uns são “bons”, outros são “chatos” e “maus”. Quando questionei porque são maus, o jovem C responde que não sabe.

Para a palavra conflito desenhou duas pessoas que se ofendem mutuamente, referindo que, por exemplo, na semana em que estávamos isto não lhe tinha acontecido.

Para a palavra beleza desenhou um espelho e referiu que as pessoas gostam de se ver e gabar ao espelho.

Para a palavra liberdade fez dois desenhos, uma prisão e a estátua da liberdade, referindo que vê a estátua da liberdade em filmes e em jogos de computador ou de telemóvel. Quando lhe perguntei se se sentia preso disse - “somos livres se não estivermos presos” e, “também há sentimentos que nos prendem”.

Para representar o conforto desenhou uma casa, onde diz que se sente bem a jogar computador.

O medo foi representado por um fantasma e um monstro, referindo que, na semana em que estávamos, não tinha sentido medo.

Quanto à palavra brincar, desenhou uma bola de futebol, embora não seja a sua brincadeira preferida, revelando que prefere brincar com os legos e sozinho.

Foi ainda solicitado que associasse algo por escrito junto de cada uma das palavras do jogo. Assim, para liberdade referiu amizade; para beleza referiu amizade; para medo referiu “*Fredy*”, uma personagem de um jogo de computador; ao conforto associou o pai; à amizade associou a mãe; ao conflito associou o medo; e a brincar fez corresponder um amigo.

No final da sessão referiu que se sentiu bem e que foi divertido.

A terceira sessão realizada foi o relaxamento que parece ter surtido algum efeito. A concentração do jovem foi bastante adequada, seguindo as indicações da minha voz. No final verbalizou que se sentiu mais calmo e com sono.

Quanto aos sinais vitais, considero que não sofreram alteração significativa, apresentando no início valores tensionais de 121/69 mmHg e no final, 122/58mmHg. A frequência cardíaca, com valor de 78bpm no início, passou para 80 no final.

No final da sessão foi reforçada a importância de auto gerir os níveis de ansiedade nos períodos em que a sente mais exacerbada, referindo que poderá vir a recorrer à técnica de respiração. Foi ainda potenciada esta técnica com recurso a um vídeo (ANEXO XXIV), que o jovem seguiu com atenção e que conseguiu acompanhar.

Na quarta sessão, em parceria com a enfermeira da unidade, foi introduzido o tema sobre a importância de decidir por si próprio e de revelar a própria opinião, uma vez que o jovem C foi revelando alguma dificuldade em manifestar opiniões e posições. O *role play* foi improvisado pela enfermeira da unidade, com o intuito de ajudar o jovem C a desenvolver uma atitude mais assertiva. Foram colocados dois cenários. O primeiro passa-se num restaurante sendo o jovem C o dono do mesmo. É então confrontado com o pedido de um cliente, que por lapso, o estabelecimento colocou na ementa, mas que afinal não havia disponível. O cliente pede bife de peru, que é aceite pelo funcionário, e dentro da cozinha percebem que afinal não têm como servir este prato. O jovem C, sendo o responsável pelo restaurante, decidiu dizer ao cliente que não há bife de peru, mas sim bife de porco com batatas fritas e que é isso que será servido, não colocando a hipótese do cliente gostar ou não da proposta. Quando questionado se pediria desculpa pelo sucedido, diz que sim, mas apresentou algum tempo para a tomada de decisão, tendo sido ajudado a construí-la.

O outro cenário envolvia três personagens no bar da escola. O jovem C assumiu o papel de professor e estava sentado numa das mesas, e nós (eu e a enfermeira da unidade), assumimos o papel de dois alunos que estavam numa fila para os pedidos. Um dos alunos já se encontra na fila quando o outro o puxa e o coloca atrás dele. O aluno, muito

incomodado, pede a medo que não lhe seja retirada a vez. O outro, reage com a ameaça de que o esmurra caso este volte a interpelá-lo. Antes, foi dito ao jovem C que ele seria um professor a assistir a tudo. Quando questionado se tomaria alguma atitude nesta situação, disse que não. Percebemos que não interiorizou a personagem e que estaria a falar dele próprio. Portanto, foi colocada novamente a questão – “tomaria alguma atitude nesta situação?”. Ficou pensativo, mas não soube responder.

No final da sessão, ao auscultar a sua opinião, o jovem C disse que tinha gostado, e, quando lhe foi perguntado se tinha percebido a importância de revelar as suas próprias opiniões sem medo, respondeu apenas que sim, e reproduziu o que lhe tinha sido dito - “porque não temos de aceitar tudo o que os outros querem se não estamos de acordo com isso”.

No final desta sessão foi utilizado o jogo das frases incompletas, que consiste em completar frases iniciadas por mim, com a palavra ou palavras que mais rapidamente lhe vier à cabeça (ANEXO XXV). Sente-se frustrado, quando tem “uma má nota” e fica furioso quando o “chateiam”. No futuro gostaria de “ser melhor”. Sente-se ansioso quando há “uma surpresa”. O que menos gosta nele é o seu “mau comportamento” e o que menos gosta no seu melhor amigo é “que anda com pessoas más”, mas o que mais gosta é que essa pessoa é sua amiga. Um verdadeiro amigo “é aquele que nos ajuda”. Fica nervoso quando tem de apresentar um trabalho, e quando se aproximam os testes refere que tem de se “aplicar mais”. No intervalo das aulas brinca com os amigos e o que acha dos outros é que alguns deles o chateiam porque são parvos. Ele pensa que os professores em relação a ele acham que não vale nada. Os pais ajudam quando precisa e sente-se feliz quando está “entre amigos”.

Não respondeu à questão do medo, mas a sua atenção foi redirecionada para a mesma questão, tendo referido que sente medo durante a noite, no corredor, quando se levanta para ir à casa de banho, porque tem medo de *zombies*.

### *Reflexão sobre as sessões*

O jovem C demonstra dificuldade em manter-se concentrado numa determinada tarefa. Consegue manter-se sentado, sem agitação psicomotora. A resposta a qualquer questão ou comentário, é muito frequentemente verborreica e com fuga de ideias. Apresenta dificuldade em retomar o pensamento no assunto pretendido e em discussão no momento.

É bastante colaborante, participativo, gentil e com prontidão para a tarefa. Porém, apresentou dificuldades em cumprir os objetivos.

Na escrita revelou algum grau de imaturidade, apresentando erros ortográficos ou dúvidas frequentes.

No *role play* demonstrou que opta por comportamento passivo e não revela crítica quanto à legitimidade de se defender.

#### *Avaliação das sessões*

Na última sessão foi aplicado novamente o inventário de *Beck* (ANEXO XXI), e o resultado foi um valor de 11 pontos, contrastando com os 9 pontos obtidos na 1ª sessão. Perante este resultado, coloco a hipótese de que o jovem C, na primeira abordagem, poderia ainda não possuir a capacidade autocrítica suficiente para se manifestar com maior veracidade.

Para melhor entender os efeitos das sessões, adaptei os resultados esperados da NOC e criei indicadores relativos à frustração. Considero que as intervenções escolhidas possam ter contribuído para melhorar o comportamento assertivo, embora exista ainda um caminho a desenvolver com o jovem C, o qual aparenta ter vontade de prosseguir as sessões. Tendo em conta que os valores do inventário de *Beck* aumentaram na segunda avaliação, considero que, possivelmente, a sua capacidade reflexiva e crítica tenham melhorado de alguma forma.

<b>Ansiedade:</b>	<b>Resultados</b>
• Monitoriza a intensidade da ansiedade;	Não
• Usa técnicas de relaxamento;	Não
• Relata um sono adequado;	Não
• Relata ausência de manifestações físicas de ansiedade;	Não
• Relata duração aumentada do tempo entre episódios;	Não
• Mantém a concentração;	Não
• Relata duração diminuída dos episódios;	Não
• Reduz estímulos ambientais quando ansioso.	Não

<b>Baixa autoestima:</b>	<b>Resultados</b>
• Verbalizações de autoaceitação;	Não
• Manutenção de uma postura ereta;	Sim
• Manutenção do contato olhos-nos-olhos;	Sim
• Aceitação da crítica construtiva;	Sim
• Desejo de confrontar os outros;	Não
• Sentimentos de autovalorização;	Não
• Manutenção da higiene;	Sim
• Descrição de sucesso na realização de tarefas;	Não
• Descrição de sucesso na interação de grupos sociais;	Não
• Descrição de orgulho de si mesmo.	Não
<b>Comportamento assertivo</b>	
• Enfrenta os problemas;	Não
• Expressa, sentimentos e emoções espontaneamente;	Sim
• Identifica estratégias de enfrentamento;	Não
• Usa estratégias de enfrentamento eficazes;	Não
• Demonstra autoconhecimento;	Não
• Afasta-se das situações extremamente stressantes;	Sim
• Comunica de forma assertiva.	Não

O jovem C parece ter melhorado, nomeadamente ao nível da importância das tomadas de decisão. Apesar de não manifestar comportamento assertivo, conseguiu acompanhar o raciocínio que nos levava à atitude mais assertiva, demonstrando interesse e concentração. Considero que o facto dos resultados do inventário de *Beck*, se apresentarem mais elevados, poderá dever-se a uma maior capacidade de introspeção do jovem C, o que estou em crer, contribui para uma melhor compreensão de si próprio.

Considero também, que as sessões, de alguma forma, iniciaram um processo de aquisição de competências neste jovem e que só por isso, foram em si mesmas um bom investimento.

O jovem C continuará a frequentar as sessões, agora acompanhado pela enfermeira da unidade, uma vez que demonstrou interesse na continuidade das atividades.

## **Caso clínico Jovem D**

### *Análise dos dados e construção do diagnóstico*

A jovem D tem 15 anos de idade, sexo feminino, vive com a mãe e o pai, numa vila pequena. Terá sido encaminhada para a consulta externa de pedopsiquiatria através da médica pediatra, por possível diagnóstico de hipocondria. Acompanhada no serviço pela pedopsiquiatra e psicóloga, aceitou integrar o grupo que lhe propus para trabalhar as dificuldades provocadas pela ansiedade.

O pai é pedreiro e tem 45 anos, a mãe é funcionária pública numa câmara municipal e tem 43 anos. A jovem D nasceu às 35 semanas, de cesariana, sem necessitar de manobras de reanimação. Pelas 32 semanas de gravidez, a mãe terá necessitado de internamento por “perda de líquido”.

Antecedentes familiares – a mãe asmática e medicada, pai hipertenso, medicado. Segundo refere a jovem D, o pai tem hábitos alcoólicos acentuados - “o meu pai bebe muito, todos os dias”.

A jovem D não tem antecedentes pessoais e terá iniciado episódios de ataques de pânico “há pouco tempo”. Dorme bem e alimenta-se bem. Está no 10º ano de um curso profissional e terá ficado novamente no 10º ano, por mau comportamento, segundo refere.

Tem receio de ter ataques de pânico sem esperar e não gosta da forma como se sente após os mesmos. Refere perda de conhecimento nesses momentos e quando recupera está sem energia, asténica e apática.

Refere por escrito no questionário (ANEXO XXVI), que uma das coisas que menos gosta em si, é “não ser muito inteligente”, também não gosta do seu corpo nem de ser teimosa. Nas características que mais gosta em si, refere os olhos, o compor música rap e saber jogar futebol. A sua música preferida intitula-se “*All of me*” de John Legend e quando a ouve, sente-se feliz e descansada.

Quando alguém a chateia sente-se zangada e para se sentir melhor - “jogo à bola, componho música rap e desenho”.

Iniciou sertralina a 29 de setembro, um comprimido por dia e sente melhoria em relação aos medos. A substância ativa é a sertralina sob a forma de cloridrato, está indicado para episódios depressivos major e prevenção da sua recorrência; perturbação de pânico, com ou sem agorafobia, perturbação obsessiva-Compulsiva (POC) em adultos e doentes pediátricos com 6-17 anos de idade, perturbação de ansiedade social, e

perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD). O efeito indesejável mais frequente é a náusea (INFARMED, 2011).

### **O que sabe sobre a sua situação:**

A jovem D sabe que tem ataques de pânico e que tem um medo exagerado de vir a ter doenças, mas nunca a designou de hipocondria. Sabe que a medicação ajuda a melhorar esses ataques e que existem estratégias para os evitar ou aliviar.

### **O que sente e preocupa:**

Preocupa-a que venha a ter doenças e refere mesmo, por exemplo, “tenho medo de vir a ter epilepsia porque vi um cão a convulsivar e fiquei com medo”.

A relação com o pai também a preocupa; refere que se sente insegura e com medo. Diz que o pai utiliza a força física com frequência e que “tem medo”, porque “ele tem muita força”. Refere constantes abordagens do pai sem coerência, somente com o intuito de a aborrecer ou irritar. Diz que “não se sente em paz” e que o pai “não entende as suas necessidades”. A mãe pede-lhe que tenha paciência e que não faça nada para irritar o pai. A jovem D admite verbalmente que tem de mentir ao pai em algumas situações, porque não tem outra estratégia para lidar com as incompreensões do mesmo e consequentes abordagens físicas ou verbais mais agressivas.

### **Hábitos e preferências:**

Pratica futebol de salão, atividade que adora. Gosta muito de sair com os amigos, porque se ri, diverte e “joga à bola”. Não ingere bebidas alcoólicas e não fuma, porque acha que “faz mal à saúde”. Não gosta muito de estudar. Não gosta que o pai não a compreenda e não a deixe sair.

### **Estratégias para resolver as situações preocupantes:**

Refere que por enquanto a medicação parece ajudar e, portanto, mantém a mesma. Quanto ao pai, diz que o tenta aborrecer o menos possível, tendo que mentir em determinadas situações.

Para se sentir melhor, joga futebol com os amigos, compõe música rap e desenha.

## **Perspetiva do Enfermeiro**

### **Apresentação, Postura e Morfologia:**

- Raça caucasiana, de olhos verdes, cabelo castanho ligeiramente abaixo dos ombros, com ligeira ondulação e unhas curtas e cuidadas.
- Apresentava-se com aspeto muito cuidado, boa higiene, roupa sempre limpa e adequada à estação; normalmente usa calças de ganga, *tshirt* com motivos florais, *sweat* e sapatilhas desportivas.
- Quanto à morfologia, é de normal estatura, sem excesso de peso;
- Apresentava olheiras vincadas;
- Apresentava-se com cabeça erguida e braços descontraídos em cima da mesa.

### **Mímica e expressão:**

- Os olhos demonstram vivacidade e frequente contacto visual comigo;
- A voz sempre num tom normal, com expressividade, e sem alterações do ritmo respiratório;
- Gesticula com frequência;
- Motricidade global e fina sem alterações.

### **Contacto e linguagem:**

- Linguagem rica, com recurso a gíria (“fogo”, “mêmo”, em vez de mesmo; “ya” em vez de sim);
- Contacto empático com a colega de grupo e equipa.

### **Estado momentâneo da consciência:**

- Sem alterações na clareza ou na amplitude do campo;
- Discurso coerente, orientado no espaço, tempo e pessoa;
- Atenção voluntária;
- Sem oscilações do estado de consciência;
- Boa concentração.

### **Consciência de si:**

- Tem consciência da identidade do eu, dado que se reporta à sua pessoa no passado, como sendo ela própria, não existindo por isso, evocação a outra personalidade;
- Tem consciência da unidade do eu, visto que não apresentou discurso representativo de delírios;
- Sem alterações na consciência da atividade do eu, porque se reporta a, pensamentos, emoções, ações e recordações como suas, quando relata acontecimentos anteriores;
- Sem alterações na consciência dos limites do eu, porque não apresentou discurso da consciência do eu em oposição ao exterior;
- Aparentemente, sem alterações na consciência do corpo, uma vez que não apresentou discurso ou atitude que manifestassem distância do eu ao próprio corpo.

### **Humor:**

- Alegre
- Com vivacidade e riso fácil;
- Sem oscilações.

### **Afetos e emoções**

- Demonstra amor pela mãe;
- Refere dificuldades na relação com o pai;
- Demonstra insegurança em relação ao ambiente em casa quando o pai está presente;
- Demonstra insegurança e vulnerabilidade quanto à própria saúde;
- Relata medo de ficar doente;
- Retrata-se como “burra” e “pouco inteligente”, relativamente à escola.

### **Forma e conteúdo do pensamento:**

- Apresenta bom encadeamento de ideias;

- Utiliza raciocínio com lógica;
- Tem crítica e expressa-o de forma coerente.

### **Memória:**

- Evoca facilmente episódios do passado, quando descreve momentos de tensão com o pai ou quando descreve o contexto dos ataques de pânico.

### **Reação:**

- Apresenta reações de ansiedade, referindo sentir-se “nervosa e com medo” em relação ao pai.
- Apresenta reações de medo em relação à saúde, referindo com frequência que tem medo de ficar doente;
- Apresenta alguma forma de obsessão em relação ao conhecimento de sintomas e sinais de várias patologias, enumerando-os inclusivamente, com recurso a dados estatísticos e a fontes.

Analisados os dados obtidos, e baseando-me no resultado da aplicação do inventário de ansiedade de *Beck* (ANEXO XXVII), do qual surge um valor de 46 pontos, que corresponde a um nível grave de ansiedade, foi construído um enunciado, composto por diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem, tendo por base a CIPE-versão 2 (2011), e a sua apresentação é feita em formato de tabela como sugerido no documento de suporte. O diagnóstico definido é **obsessão atual** e foram abordados os sete eixos. A obsessão é definida como pensamento ou ideia persistente, com a qual a mente está contínua e involuntariamente preocupada, pensamentos sugestivos de atos irracionais, repetição do pensamento, pensamentos sobre detalhes triviais e irrelevantes, ideias absurdas sem base na realidade, que não são passíveis de ser eliminadas pela lógica ou razão, associadas a comportamentos obsessivos (CIPE, 2011)

EIXOS	ACÇÃO	CLIENTE	FOCO	JUIZO	LOCALI- ZAÇÃO	RECURSOS	TEMPO
PROCESSO DE ENFERMAGEM							
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			Obsessão	Atual			
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	Potenciar	Jovem D	Autoestima		DPP HDS	<i>Role play</i>	Marcação
	Reduzir		Ansiedade			Relaxamento	Marcação
	Minimizar		Insegurança			Arte-terapia, Promoção de saúde	Marcação
	Otimizar	Pai	Papel parental			Médico	Marcação
RESULTADOS DE ENFERMAGEM			Obsessão	Melhorado			

### *Intervenções de enfermagem e planeamento das sessões*

**Potenciar a autoestima:** opinião que cada um tem de si próprio, a visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de autoaceitação e de autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva (CIPE, 2011).

**Recurso:** Role play

Consistiria na dramatização de papéis positivos, como, amável, responsável, criativa, cuidadosa, atenta, com sucesso escolar, etc.. Como a jovem se classifica como “burra” e “pouco inteligente”, pretendia-se que se envolvesse numa personagem com sucesso, permitindo treinar a competência de ser bem-sucedida na vida real e receber o devido reconhecimento, bem como modelar um comportamento autoconfiante.

A desvalorização de si próprio, conduz a um subaproveitamento das potencialidades individuais e, frequentemente, a menores expectativas por parte dos outros em relação ao indivíduo, o que conduz à atribuição de objetivos menos desafiantes (Reuchlin, 1991, citado em Antunes, C, 2006).

**Reduzir a ansiedade:** emoção negativa: sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (CIPE, 2011).

**Recurso:** Técnica de relaxamento

Como descrita anteriormente, consistiria, numa criação e conjugação de alongamentos com a técnica de relaxamento de *Jacobson*, com o objetivo de ensinar técnica de respiração e relaxamento muscular (ANEXO VIII). Não foi aplicada, por falta de oportunidade, uma vez que a jovem não compareceu, à sessão agendada.

**Minimizar a insegurança:** sentimentos de incerteza, falta de confiança, inadequação, vergonha, comportamento desastrado, desistência ou mudança de opinião quando confrontada com a opinião dos outros (CIPE, 2011).

**Recurso:** Promoção de saúde, arte –terapia

Através da promoção da saúde, esclarecer sempre que tem nenhuma doença física e esclarecer quanto aos danos que os exames excessivos e o uso indiscriminado de medicamentos podem gerar. Explicar que a sua preocupação com as doenças pode ser resolvida continuando o acompanhamento realizado pelo serviço. Estimular hábitos de vida que promovam a saúde, como uma dieta equilibrada, sem consumo de álcool e/ou tabaco e praticar regularmente, exercício físico.

A arte-terapia, seria utilizada como forma de expressão de emoções e sentimentos, para posterior reflexão e consciencialização.

Na única sessão de arte-terapia em que a jovem esteve presente, foi feito o ensino quanto à epilepsia e seus fatores de risco, uma vez que a jovem verbalizou que quando viu “um cão” a convulsivar, ficou com medo de sentir o mesmo. Foi ainda enfatizada a importância de, nesses momentos, canalizar o pensamento para situações mais agradáveis. Não houve mais oportunidade de abordagem destas questões por falta de comparência da jovem às sessões agendadas.

**Otimizar o papel parental:** interagir de acordo com as responsabilidades de ser pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente (CIPE, 2011).

**Recurso:** Médico

Apesar de ser uma situação bastante sensível, é notório que um dos fatores que afetam a jovem é o aparente comportamento aditivo do pai. Ponderei a possibilidade de um encaminhamento do pai para uma avaliação médica, na eventualidade de existir

acordo com as partes envolvidas. Este recurso não chegou a ser utilizado, uma vez que a jovem não continuou as sessões.

#### *Plano de sessões*

<b>1ª Sessão: 14/10</b>	
<b>Plano:</b>	- Arte-terapia: “Jogo dos sentimentos”
<b>Objetivo:</b>	- Expressar os sentimentos; - Desenvolver o conhecimento de si;
<b>Avaliação:</b>	- Verbalização da emoção.
<b>2ª Sessão: 28/10</b>	
<b>Plano:</b>	- Sessão de relaxamento;
<b>Objetivo:</b>	- Demonstrar que o relaxamento pode ser uma forma de redução de ansiedade.
<b>Avaliação:</b>	- Verbalização da emoção

Na primeira e única sessão realizada com a jovem D, foi utilizado um jogo, com o qual teve a oportunidade de expressar opinião sobre determinados sentimentos e emoções. A sessão foi realizada em conjunto com a Jovem E (ANEXO XXX). Foi apresentada uma folha A3 com dois desenhos. Uma árvore, despida de folhas, e um comboio com o vagão vazio. Numa caixa foram colocadas várias palavras referentes a emoções e sentimentos. A atividade consistiu em retirarem aleatoriamente uma palavra e colocarem na árvore, caso fosse um sentimento a preservar, ou colocarem a palavra no comboio, caso fosse um sentimento a descartar.

A primeira palavra retirada pela jovem D foi agressão, e colocou-a no comboio. Referiu que a agressão não é uma solução para nenhum problema, embora frequentemente conviva com ela em casa. Aparentando ter uma dependência de substâncias alcoólicas, visto que a jovem diz ser muito frequente estar embriagado, é habitual o pai implicar com a jovem D, sendo nesses momentos que existem maiores conflitos. A mãe diz que ela deve evitar confronto direto, dizendo-lhe - “não chateies o teu pai”.

Quando o pai se “chateia mais”, utiliza a agressão física com a jovem, referindo esta que - “bate-me e implica comigo”, dando-lhe pequenos toques até a jovem se incomodar. Para além deste tipo de violência, utiliza ainda a violência emocional ou

psicológica, a qual é descrita pela jovem D, como um comportamento inconstante, em que permite que ela faça uma determinada ação, para de imediato retirar essa permissão. Outra forma de exercer a violência psicológica, é não a deixar sair com os amigos, mesmo que a jovem tenha cumprido algum objetivo imposto pelo próprio, cuja recompensa seria essa saída. Como afirma a jovem D, o pai “não cumpre o que promete”. Para além destes aspetos, o pai exige-lhe que estude mais tempo, mesmo que a tenha visto a estudar algumas horas consecutivas.

De acordo com a jovem D, o pai tem poucos momentos de afeto para com ela própria ou para com a mãe.

A segunda palavra retirada foi felicidade, e colocou-a na árvore. Refere ser feliz e que se sente feliz a “jogar à bola” e a compor música *Rap*.

A honestidade foi a terceira palavra que retirou e colocou-a na árvore. Relata que nem sempre é honesta, embora entenda que seja o comportamento mais correto. Diz que tem de mentir ao pai, para conseguir contornar algumas das suas atitudes que considera menos justas.

A palavra seguinte foi recompensa e colocou-a na árvore. Em relação a esta palavra, ela surge quando se faz algo de bom. Afirma que a recompensa tanto pode ser material como não material, exemplificando o amor, afeto e carinho, como géneros de recompensa.

A palavra ansiedade surge a seguir, dizendo que a sente muitas vezes e várias vezes ao dia, principalmente antes dos ataques de pânico. Colocou a palavra no comboio.

A palavra amor colocou-a na árvore, referindo que sente amor pelos pais, pelos amigos e pelos animais, salientando que há pessoas por quem só sente amizade, mas que isso também poderá ser considerado um tipo de amor.

Foi planeada uma sessão de relaxamento após esta sessão, não sendo possível prosseguir além deste ponto no processo, visto que a jovem D não compareceu nas sessões marcadas. Após três contactos e três marcações sem assiduidade, a enfermeira da unidade deu alta por abandono.

## **Caso clínico Jovem E**

### *Análise dos dados e construção do diagnóstico*

A jovem E tem 16 anos de idade, sexo feminino, vive com a mãe, o pai e o irmão, numa vila pequena. Terá sido encaminhada para a consulta externa de pedopsiquiatria através da médica pediatra, por possível diagnóstico de ansiedade reativa. Acompanhada no serviço pela pedopsiquiatra e pela psicóloga, aceitou integrar o grupo que lhe propôs para trabalhar as dificuldades provocadas pela ansiedade. A jovem E está no 11º ano de um curso profissional, refere “boas notas” e diz que “trabalha bem”.

O pai está desempregado, tem 45 anos; a mãe é doméstica, tem 43 anos e o irmão é padeiro e tem 25 anos. A jovem E nasceu às 35 semanas, de cesariana, sem necessitar de manobras de reanimação, segundo refere a mãe. Pelas 32 semanas, a mãe terá necessitado de internamento por “perda de líquido”. Os pais negam antecedentes familiares. Não tem antecedentes pessoais e terá iniciado episódios de ansiedade, desde há 2 anos, a partir do momento em que o pai se vê obrigado a trabalhar fora do país por períodos de alguns meses. Refere dormir e alimentar-se bem.

Descreve o ambiente familiar como confortável e a relação com os pais pacífica. Ao irmão reconhece responsabilidade e afeto pela família, mas considera que os horários que pratica como padeiro, não facilitam a dinâmica familiar quando o pai está fora.

Refere por escrito no questionário (ANEXO XXVIII) que não tem nada que não goste nela própria e o que mais gosta é a sinceridade, honestidade e ser alegre. Não tem música favorita. Quando alguém a chateia, escreve que se sente “bem”.

Refere sentir falta de apetite, náuseas e vômitos, em situações em que se afasta de casa, como visitas de estudo, ou quando o pai se ausenta para o estrangeiro.

Para a ansiedade toma valdispert 5mg de manhã, prescrito pela médica da unidade. O valdispert é um medicamento, cuja substância ativa é o extrato seco de raiz de valeriana, indicado para a ansiedade ligeira temporária e dificuldade temporária em adormecer. Pertence ao grupo dos medicamentos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos e não são conhecidos efeitos adversos associados (INFARMED, 2010).

### **O que sabe sobre a sua situação**

A jovem E sabe que tem ansiedade e que esta situação lhe provoca desconforto físico. Sabe que a medicação a ajuda a melhorar e que existem estratégias para evitar ou aliviar a ansiedade, identificando as situações em que ela surge.

### **O que sente e preocupa**

Reconhece que a ansiedade surge em situações em que se afasta de casa, dorme fora de casa, ou quando o pai se ausenta para trabalhar no estrangeiro por alguns meses. Nesses momentos sente-se triste e insegura, pois a mãe não tem carta de condução e “se acontece alguma coisa” não tem como se deslocar. Descreve a mãe como uma pessoa “muito nervosa”. Preocupa-a o facto de que venha a ter de sair de casa para estudar e a mãe ficar sozinha.

### **Hábitos e preferências**

Pratica futebol de salão, atividade que adora. Gosta da escola, mas não do ambiente da turma, não lhe agradando o facto de esta não ser unida. Interage bem com os outros segundo refere, e tem “pena que não existam mais bares” com um ambiente mais confortável, uma vez que os que existem “é só bebedeiras” e isso “não gosta”. Namora com conhecimento dos pais, descrevendo o namorado como sendo respeitador e amigo. Sai pouco, e ocupa-se mais com jogos no computador. Não gosta que o pai se ausente para o estrangeiro em trabalho.

### **Estratégias para resolver as situações preocupantes**

Refere que por enquanto a medicação parece ajudar e, portanto, pretende manter a mesma. Para se sentir melhor, joga futebol, sai com amigos e com o namorado.

### **Perspetiva do Enfermeiro**

#### **Apresentação, Postura e Morfologia:**

- Raça caucasiana, de olhos castanhos, pele com algum acne, cabelo comprido abaixo dos ombros e liso, unhas curtas e roídas;

- Apresenta-se com aspeto muito cuidado, boa higiene, roupa sempre limpa e adequada à estação. Normalmente usa calças de ganga, *tshirt*, *sweat* e sapatinhas desportivas
- Quanto à morfologia, é de normal estatura, sem excesso de peso;
- Apresenta-se descontraída, com os braços em cima da mesa e cabeça erguida.

### **Mímica, expressão e motricidade**

- Os olhos demonstram vivacidade e frequente contacto visual comigo;
- Esboça com facilidade o sorriso;
- A voz sempre num tom normal, com expressividade, e sem alterações do ritmo respiratório;
- Não gesticula muito e mexe com frequência no cabelo garantindo que fica atrás dos ombros;
- Aparentemente sem alterações na motricidade global ou fina.

### **Contacto e linguagem:**

- Linguagem rica e cuidada.
- Contacto empático com a colega de grupo e equipa.

### **Estado momentâneo da consciência:**

- Sem alterações na clareza ou na amplitude do campo;
- Discurso coerente, orientado no espaço, tempo e pessoa;
- Atenção voluntária;
- Sem oscilações do estado de consciência;
- Boa concentração.

### **Consciência de si:**

- Tem consciência da identidade do eu, dado que se reporta à sua pessoa no passado, como sendo ela própria, não existindo por isso, evocação a outra personalidade;

- Tem consciência da unidade do eu, visto que não apresentou discurso representativo de delírios;
- Sem alterações na consciência da atividade do eu, porque se reporta a, pensamentos, emoções, ações e recordações como suas, quando relata acontecimentos anteriores;
- Sem alterações na consciência dos limites do eu, porque não apresentou discurso da consciência do eu em oposição ao exterior;
- Aparentemente, sem alterações na consciência do corpo, uma vez que não apresentou discurso ou atitude que manifestassem distância do eu ao próprio corpo.

### **Impulsos e Vontade**

- Aparentemente com motivação;
- Parece ter facilidade em deliberar decisões, por conseguinte executá-las;
- Tem vontade de se sentir melhor;
- Tem perspectivas futuras de continuar a estudar e encontrar emprego.

### **Humor**

- Alegre;
- Muita vivacidade;
- Sem oscilações.

### **Afetos e emoções**

- Demonstra amor pela família;
- Refere insegurança e dificuldades em gerir a preocupação e ansiedade quando o pai está ausente no estrangeiro;
- Preocupa-se com a mãe que descreve como “muito nervosa”.

### **Pensamento**

- Apresenta bom encadeamento de ideias;

- Tem crítica e expressa-o de forma coerente;
- Recorre a raciocínio lógico.

### Memória

- Evoca facilmente episódios do passado como por exemplo, visitas de estudo, ou momentos em que o pai não está presente.

### Reação

- Apresenta reações de ansiedade através de onicofagia, anorexia e sensação de vómitos;
- Insegurança e tristeza nos momentos em que o pai está ausente.

Analisados os dados obtidos, e recorrendo ao resultado obtido da aplicação do inventário de ansiedade de *Beck* (ANEXO XXIX), do qual resulta um valor de 6 pontos, ou seja, nível mínimo de ansiedade, foi construído um enunciado, composto por diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem, tendo por base a CIPE-versão 2 (2011), e a sua apresentação é feita em formato de tabela como sugerido no documento de suporte. O diagnóstico definido é **ansiedade atual** e foram abordados os sete eixos. A ansiedade é definida como emoção negativa: sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (CIPE, 2011).

EIXOS	ACÇÃO	CLIENTE	FOCO	JUIZO	LOCALI - ZAÇÃO	RECURSOS	TEMPO
PROCESSO DE ENFERMAGEM							
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		Jovem E	Ansiedade	Atual	DPP HDS		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	Minimizar		Insegurança			Arte-terapia Relaxamento	Marcação
	Otimizar	Mãe	Papel parental			Terapia psico_educacional	Marcação
RESULTADOS DE ENFERMAGEM			Ansiedade	Nível Esperado			

### *Intervenções de enfermagem e planeamento das sessões*

**Minimizar a insegurança:** sentimentos de incerteza, falta de confiança, inadequação, vergonha, comportamento desastrado, desistência ou mudança de opinião quando confrontada com a opinião dos outros (CIPE, 2011).

**Recurso:** Relaxamento e arte-terapia

Como descrita anteriormente, consistiu, numa criação e conjugação de alongamentos com a técnica de relaxamento de *Jacobson*, com o objetivo de ensinar técnica de respiração e relaxamento muscular (ANEXO VIII).

Através da expressão artística, promovendo a autoexpressão de emoções e sentimentos, trazendo o mundo interior da jovem para o mundo exterior, a arte-terapia, iria, através da concretização, e conseqüente reflexão do que foi expresso, desenvolver maior conhecimento de si próprio.

**Otimizar o papel parental:** interagir de acordo com as responsabilidades de ser pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente (CIPE, 2011).

**Recurso:** Terapia psicoeducacional

Foi planeado com o intuito de diminuir o nível de ansiedade que parece existir na mãe. Para otimizar a forma como se relaciona com a questão da ausência do marido e gere as emoções no seu quotidiano. Não chegou a ser implementada por falta de oportunidade, uma vez que a jovem não compareceu a mais de duas sessões.

### *Plano de sessões*

<b>1ª Sessão: 14/10</b>	
<b>Plano:</b>	- Arteterapia: “Jogo dos sentimentos”
<b>Objetivo:</b>	- Expressar os sentimentos; - Desenvolver o conhecimento de si;
<b>Avaliação:</b>	- Verbalização da emoção.

<b>2ª Sessão: 28/10</b>	
<b>Plano:</b>	- Sessão de relaxamento
<b>Objetivo:</b>	- Demonstrar que o relaxamento pode ser uma forma de redução de ansiedade.
<b>Avaliação:</b>	- Verbalização da emoção

Na primeira e única sessão realizada com a jovem E, foi utilizado um jogo, através do qual teve a oportunidade de expressar opinião sobre determinados sentimentos e emoções. A sessão foi realizada em conjunto com a Jovem E (ANEXO XXX). Foi apresentada uma folha A3 com dois desenhos, os mesmos descritos anteriormente no caso da jovem E.

A palavra humildade surge em primeiro e foi colocada na árvore. Refere que é preciso ser humilde para aprender e que se enquadra nesse perfil.

A palavra seguinte foi angústia, referindo que não sabe o que é. Foi explicado que poderá ser descrito como uma mágoa muito forte. Refere que nunca sentiu tal sentimento e que percebe que não quer sentir.

Humilhação foi a palavra seguinte, que a reportou para *bullying*. Relata que nunca foi vítima porque não se deixa vitimizar. Ignora as pessoas menos agradáveis, referindo - “não ligo nenhuma” a abordagens menos delicadas. Não concorda com esse tipo de comportamento e diz que considera as pessoas provocadoras, afirmando que é “gente que não está bem com ela própria”.

A esperança, palavra que saiu e foi colocada na árvore, foi considerada pela jovem E, como um sentimento que é preciso manter na vida, porque sem ela, não “vamos a lado nenhum”. Tem esperança no futuro e em que a sua ansiedade reduza, para que possa assim sentir-se melhor.

A palavra seguinte foi liberdade e colocou-a na árvore. Refere que ser livre é poder dizer o que pensa e fazer o que quer, mas que deve ter em atenção os outros para não “lhes fazer mal”, porque as nossas decisões podem influenciar ou condicionar os outros.

A última palavra foi dedicação e também a colocou na árvore. Associou-a às relações com os pais, irmão e namorado. Refere que o namorado é o seu melhor amigo e que ele a respeita, razão pela qual ela também se dedica. Percebe que numa relação a dois, deve existir respeito pelo tempo, espaço e pessoa do outro. Dedicou-se a ajudar a mãe e a acalmá-la, quando esta está mais insegura com as saídas do pai. Refere ainda que se

dedica na escola para poder ter um futuro bom, embora entenda que o mercado de trabalho está difícil, pois o pai tem de sair por meses, para poder trabalhar e sustentar a família.

Não foi possível prosseguir além deste ponto no processo, visto que a jovem E não compareceu nas sessões marcadas, tendo avisado sempre o serviço de que iria faltar. Após três marcações sem assiduidade, a enfermeira da unidade deu alta por abandono.

### **Caso clínico Jovem F**

#### *Análise dos dados e construção do diagnóstico*

A jovem F tem 14 anos, vive com a mãe, pai e irmão numa cidade. Terá sido encaminhada para a consulta externa de pedopsiquiatria por episódios de ansiedade desde há uns meses, ficando acompanhada pela psicóloga com o diagnóstico de perturbação da ansiedade reativa moderada. Aceitou integrar o grupo que lhe propus para trabalhar as dificuldades provocadas pela ansiedade.

O pai com 45 anos, é licenciado em Gestão. A mãe tem 50 anos, tem o 12º ano de escolaridade e é doméstica. O irmão tem 16 anos e estuda no 11º ano. A F nasceu de termo, parto eutócico e sem intercorrências.

Como antecedentes familiares, a mãe tem anemia controlada medicada com ferro.

Da história escolar, tem referência da educadora que teve boa adaptação, era sociável, com bom desenvolvimento, faladora e distraída. Atualmente a própria refere bom aproveitamento escolar e boa capacidade de socialização.

Iniciou episódios de palpitações, dormência dos membros inferiores uma vez por semana mas não reconhece fator desencadeante.

Dorme bem e alimenta-se bem. Pratica sevilhanas uma vez por semana, tem explicação de matemática todos os dias da semana e aulas de guitarra no conservatório.

Refere por escrito no questionário (ANEXO XXXI) que uma das coisas que menos gosta nela é “ser pessimista, não ser trabalhadora e ser uma pessoa super insegura”. Porém nas características que mais gosta nela, refere “não ser orgulhosa, ser boa aluna e gostar de conviver”. Em relação à sua música preferida diz que se sente feliz mas ao “mesmo tempo esquisita” porque terá sido uma canção dedicada a um amigo da banda que terá cometido suicídio e isso fá-la “pensar muito sobre (...) o porquê” de uma pessoa se suicidar”. A música intitula-se “*Adam’s song*” dos *Blink 182*.

As situações que mais a incomodam são estar chateada com o irmão e “falar cara a cara com os amigos”. Quando alguém a chateia sente-se ansiosa e pensa “demasiado no assunto” deixando-a “insegura”. Para resolver fala com uma amiga da sérvia, que nunca conheceu pessoalmente mas que é a única que não a irá “julgar” e que confia “100%”. Tenta ainda abstrair-se saindo com o melhor amigo.

### **O que sabe sobre a sua situação**

A jovem F sabe que tem ansiedade e que esta se exacerba em situações que a incomodam, como por exemplo, quando sabe que a mãe de uma amiga tem um problema de saúde grave. Percebe que não pode resolver a situação, mas não consegue evitar sentir-se ansiosa. Reconhece que tocar guitarra e praticar sevilhanas a deixam mais serena.

### **O que sente e preocupa**

A jovem F nos momentos de maior ansiedade, sente tremores, medo, sensação de sufocamento, taquicardia e parestesias. Diz que tem dias em que é apenas por um período curto do dia, mas grande parte das vezes começa de manhã e vai até ao final da tarde, não reconhecendo fator desencadeante na maioria das vezes.

Tem medo que a mãe morra porque já “é mais velha”. Não reconheceu a anemia como preocupação. Percebe que este medo não é sentido em relação ao pai nem ao irmão, referindo que gosta “deles de igual forma”, mas que apenas sente isto em relação à mãe. A proximidade da ida do irmão para fora da cidade para seguir estudos universitários, também a deixa preocupada, porque é muito “chegada ao irmão”. No entanto, reconhece que passados dois anos, estará possivelmente na mesma cidade que ele a estudar.

### **Estratégias para resolver as situações preocupantes**

Ouvir música, praticar sevilhanas e falar com amigos, consegue ajudar, mas nem sempre recorre a estas estratégias, sendo que muitas vezes, deixa que os episódios de ansiedade passem por si.

## **Perspetiva do Enfermeiro**

### **Apresentação, Postura e Morfologia**

- Raça caucasiana, de olhos castanhos, cabelo louro, comprido abaixo dos ombros e liso, unhas curtas e cuidadas;
- Apresenta-se com aspeto muito cuidado, boa higiene, roupa sempre limpa e adequada à estação; usa calças de ganga, camisa e sapatos clássicos;
- Quanto à morfologia, é de normal estatura, sem excesso de peso;
- Apresenta-se descontraída, com os braços em cima da mesa e cabeça erguida.

### **Mímica, expressão e motricidade**

- Os olhos demonstram vivacidade e frequente contacto visual comigo;
- A voz sempre num tom normal, com expressividade, e sem alterações do ritmo respiratório;
- Aparentemente sem alterações na motricidade global ou fina.

### **Contacto e linguagem:**

- Linguagem rica e cuidada, sem recurso a interjeições nem a gíria.
- Empática, cordial e delicada;

### **Estado momentâneo da consciência**

- Sem alterações na clareza ou na amplitude do campo;
- Discurso coerente, orientado no espaço, tempo e pessoa;
- Sem oscilações do estado de consciência;
- Atenção voluntária e boa concentração.

### **Consciência de si**

- Tem consciência da identidade do eu, dado que se reporta à sua pessoa no passado, como sendo ela própria, não existindo por isso, evocação a outra personalidade;

- Tem consciência da unidade do eu, visto que não apresentou discurso representativo de delírios;
- Sem alterações na consciência da atividade do eu, porque se reporta a, pensamentos, emoções, ações e recordações como suas, quando relata acontecimentos anteriores;
- Sem alterações na consciência dos limites do eu, porque não apresentou discurso da consciência do eu em oposição ao exterior;
- Aparentemente, sem alterações na consciência do corpo, uma vez que não apresentou discurso ou atitude que manifestassem distância do eu ao próprio corpo.

### **Humor**

- Sem riso fácil embora recorra ao sorriso em momentos pertinentes, como em momentos em que utiliza a cordialidade, por exemplo, quando agradece ou pede para sentar;
- Com alguma vivacidade;
- Sem oscilações.

### **Afetos e emoções**

- Demonstra amor pelo núcleo familiar;
- Refere dificuldades em lidar com situações de doença em pessoas conhecidas;
- Demonstra insegurança em relação a si própria;
- Medo de situações nocivas;

### **Forma e conteúdo do pensamento**

- Apresenta bom encadeamento de ideias;
- Utiliza raciocínio lógico;
- Tem crítica e expressa-o de forma coerente.

## Memória

- Evoca facilmente episódios do passado, como por exemplo, a doença da mãe da amiga ou quando a própria mãe foi diagnosticada com anemia;

## Forma e conteúdo do pensamento

- Apresenta bom encadeamento de ideias;
- Tem crítica e expressa-o de forma coerente, como em relação à opinião dos horários das suas atividade, que entende serem muitas horas mas que consegue gerir bem.

## Reação

- Apresenta reações de ansiedade referindo sentir taquicardia, parestesias, medo e tremores;
- Apresenta reações de medo em relação à saúde dos próximos e da mãe.

Analisados os dados obtidos, e tendo em conta o resultado do inventário de ansiedade de *Beck* (ANEXO XXXII), com um resultado de 31 pontos, que corresponde a um nível grave de ansiedade, foi construído um enunciado, composto por diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem, tendo por base a CIPE-versão 2 (2011), e a sua apresentação é feita em formato de tabela como sugerido no documento de suporte. O diagnóstico definido é **autoestima comprometida** e foram abordados os sete eixos. A autoestima é definida como a opinião que cada um tem de si próprio, a visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de autoaceitação e de autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva (CIPE, 2011).

EIXOS	ACÇÃO	CLIENTE	FOCO	JUIZO	LOCALI - ZAÇÃO	RECURSOS	TEMPO
PROCESSO DE ENFERMAGEM							
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		Jovem F	Auto_estima	Comprometida	DPP HDS		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	Minimizar		Insegurança			Arte-terapia	Marcação
	Reduzir		Ansiedade			Relaxamento	Sempre
RESULTADOS DE ENFERMAGEM			Auto_estima	Nível Esperado			

### *Intervenções de enfermagem e planeamento das sessões*

**Minimizar a insegurança:** sentimentos de incerteza, falta de confiança, inadequação, vergonha, comportamento desastrado, desistência ou mudança de opinião quando confrontada com a opinião dos outros (CIPE, 2011).

**Recurso:** Arte-terapia

A expressão artística promove a manifestação de emoções e sentimentos, trazendo o mundo interior da jovem para o mundo exterior. Através da concretização, e consequente reflexão do que foi expresso através da arte, há a possibilidade de se desenvolver maior conhecimento de si próprio, partindo do pressuposto que a concretização da emoção ou sentimento, leva à consciencialização dos mesmos. Desta forma, poderá contribuir para uma maior segurança.

Não chegou a ser aplicado este recurso, por falta de comparência da jovem a todas as sessões agendadas.

**Reduzir a ansiedade:** emoção negativa: sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (CIPE, 2011).

**Recurso:** Técnica de relaxamento

Como descrita anteriormente, consistiu, numa criação e conjugação de alongamentos com a técnica de relaxamento de *Jacobson*, com o objetivo de ensinar técnica de respiração e relaxamento muscular (ANEXO VIII).

Não foi realizada pela falta de comparência da jovem, a todas as sessões agendadas.

<b>1ª Sessão: 14/10</b>	
<b>Plano:</b>	- Arte-terapia: “Jogo dos sentimentos”
<b>Objetivo:</b>	- Expressar os sentimentos; - Desenvolver o conhecimento de si;
<b>Avaliação:</b>	- Verbalização da emoção.

Não foi possível prosseguir para além desta etapa do processo, sendo que esta sessão não chegou a ser realizada, uma vez que a Jovem F não compareceu nas sessões marcadas, tendo ainda comparecido por “engano”, num dia que não estava estipulado para ela. Foram realizadas tentativas de contacto sem qualquer sucesso, pelo que a enfermeira da equipa deu alta por abandono.

No final deste percurso, surge então a necessidade de refletir e de efetuar um balanço, especificando as limitações e condicionantes encontradas pelo caminho, assim como na importância deste ensino clínico no processo de aquisição de competências, tanto profissionais como pessoais.

## **6 – ANÁLISE, LIMITAÇÕES E REFLEXÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

A direção do percurso a desenvolver não foi difícil de definir, uma vez que já entrei neste desafio com a intenção de adquirir competências de enfermagem com crianças e/ou adolescentes, tendo em conta que gostaria de a medio prazo, definir um caminho profissional que me permitisse contribuir para a educação e desenvolvimento da pessoa, nestas etapas de vida.

Assim, a opção de integrar uma equipa de pedopsiquiatria surge naturalmente, como o contexto adequado ao desenvolvimento de competências nesta área de enfermagem. Durante o percurso deparei-me com várias dificuldades que considerei desde o início legítimas, para uma profissional de enfermagem que em 12 anos de experiencia ainda não havia lidado, tanto com a adolescência, como com a área de saúde mental e psiquiatria. Desta forma, um dos objetivos seria adquirir a experiência e vivências necessárias para a própria aquisição de competências. Isto tudo, num curto espaço de tempo e numa área onde a perseverança deve ser uma das características principais.

Em saúde mental o tempo não é utilizado como em áreas mais operacionais, ou seja, ver resultados pode levar meses ou anos .... O confronto com esta realidade levou algum tempo a ser resolvido, uma vez que a minha experiencia de quase 9 anos de urgência e emergência médica pré-hospitalar, levaram inicialmente a adotar uma postura diligente e operacional, que nestes casos pode ser a oposta à necessária nas intervenções de enfermagem. A perseverança é uma das palavras que mais sentido me faz quando me reporto à saúde mental e psiquiatria. Pode existir um início para o processo de atuação com os utentes deste foro, mas não se pode definir um fim. Este é o desafio de trabalhar nesta área. A descoberta diária de potencialidades no outro e em nós próprios. A possibilidade de reflexão constante e por isso a maior aproximação à consciência de si seja no profissional ou no utente, e a descoberta de emoções e sentimentos em nós e nos outros, que não sabíamos existir, facultam uma das experiencias mais ricas do meu percurso quer profissional quer pessoal. E aqui reside a outra dimensão que à parte das competências adquiridas é bastante importante. A vivência desta experiencia permitiu-me refletir sobre mim e os meus; sobre, eu e os outros, eu e os cuidados prestados no meu quotidiano profissional, eu e o sentido da vida. Parece clichê, mas a obrigação de refletir durante estes meses foi a chave para que, pelo menos, pensasse em melhorar algumas das

minhas atitudes em todas as dimensões que referi. Consigo uma maior lucidez, maior capacidade de crítica e autocrítica, melhor intervenção com utentes do foro psiquiátrico e maior compreensão das suas emoções e por isso mesmo, uma melhoria significativa nos resultados das minhas intervenções, no curto espaço de tempo em que os encontro no meu percurso profissional quotidiano.

O enfermeiro especialista é detentor de um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, honra de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (OE, 2010). Posso afirmar que dei continuidade a este processo com este estágio e que apliquei ainda esta tomada de consciência durante a relação terapêutica estabelecida com os adolescentes e a realização de intervenções de natureza psicoterapêutica, socio terapêutica, psicossocial e psicoeducativa.

Considero ter alcançado o objetivo, ou seja, ter desenvolvido competências clínicas de avaliação diagnóstica, planeamento, intervenção terapêutica e avaliação de resultados de cuidados.

Para avaliação diagnóstica recorri à entrevista clínica que adaptei consoante o adolescente. Também utilizei um questionário após as duas primeiras entrevistas de avaliação diagnóstica. Percebi que seria mais fácil para a pessoa, se se pudesse expressar com maior privacidade. Considero que o facto de ter a enfermeira da unidade por perto me auxiliou imenso na condução das perguntas, principalmente nas primeiras. Constituiu um suporte e um exemplo a utilizar nas seguintes.

A comunicação com os adolescentes não é fácil. É desafiadora e por vezes requer muita energia para contornar situações como, discurso monossilábico, personalidades introvertidas, pensamentos incoerentes, défice de atenção, entre outros. Não senti muita dificuldade em tornar estas entrevistas em momentos empáticos, porque os adolescentes a quem as apliquei facilitaram de alguma forma. Estavam voluntariamente na minha presença e nenhum demonstrou desinteresse. Foram corretos, educados e respeitadores. Realizei seis momentos de entrevista de avaliação diagnóstica e fui tendo uma evolução positiva. À medida que ia experienciando esses momentos, refletia e debatia-os com a enfermeira da unidade que me ajudava a melhorar os pontos menos conseguidos. Portanto, em cada momento, levei a aprendizagem do anterior, enriquecendo-o, bem como alcançando melhores resultados na recolha de dados.

A definição do diagnóstico não foi automaticamente realizada. Os adolescentes a quem as realizei, mesmo não os considerando introvertidos, apresentaram algumas dificuldades em se autoavaliar e autocriticar. Portanto, as sessões em que melhor os

compreendi, foram aquelas em utilizei jogos de expressão de sentimentos e emoções. A partir daí já consegui definir um diagnóstico e conduzir o planeamento das intervenções da forma mais ajustada. Portanto, considero ter contribuído para o desenvolvimento de capacidades de planear cuidados de enfermagem segundo as necessidades individuais dos adolescentes, em função da avaliação diagnóstica e dos resultados esperados.

O planeamento das intervenções foi sempre debatido com a enfermeira da unidade. Consegui aplicar quase todas as intervenções a que me propus, tendo desenvolvido a minha capacidade de intervenção terapêutica, com recurso à arte-terapia, ao treino assertivo, à atividade física e a técnicas de relaxamento, bem como a momentos de reflexão. Considero que as intervenções foram bem definidas e planeadas de forma pertinente, uma vez que revelaram momentos de grande riqueza reflexiva para os adolescentes. O facto de três dos seis adolescentes, manifestarem interesse e vontade em continuar após cada sessão, bem como a sua avaliação positiva das mesmas, demonstra de certa forma que o ambiente proporcionado foi agradável, útil e empático. Os momentos de reflexão exigiam canalização de energias e de capacidades, algo rigorosas, que para os adolescentes, poderia vir a constituir motivo para os levar a desistir do percurso. Porém, mantiveram-se, o que parece querer revelar que as sessões lhes estariam a ser úteis.

A avaliação das sessões foi realizada com recurso a indicadores da NOC, e a indicadores elaborados por mim, bem como à aplicação do inventário de *Beck*. Não tive dificuldade na sua aplicação, até porque está bastante simples e fácil de compreender, e foram poucas as solicitações de sinónimos na utilização do inventário. Este instrumento pareceu ser pertinente, uma vez que revela com rapidez, a situação em que o utente se encontra relativamente à ansiedade. Porém, nos adolescentes e tendo em conta as dificuldades de se autoavaliarem, poderá não ter sido revelador o suficiente. Ainda assim, o seu preenchimento constitui momentos de aprendizagem, relacionados com a valorização ou não dos sintomas em determinadas vivências e desmistificação de que a ansiedade é apenas negativa. Para algumas avaliações criei indicadores, o que me permitiu mobilizar conhecimentos teóricos e aplica-los à prática de cuidados com os adolescentes.

Todo o percurso exigiu mobilização de competências, como por exemplo, de autorreflexão, de escuta, comunicacionais, empáticas e de relação de ajuda. Considero que articulei os conhecimentos adquiridos durante a componente teórica com a componente prática no contexto do ensino clínico e que ainda desenvolvi aptidões ao

nível da comunicação e interação com a equipa multidisciplinar, da qual trago ótimas referências relativamente à colaboração e trabalho de equipa.

Durante o percurso, existiram dois momentos de avaliação formativa, na presença da Professora Fátima e das enfermeiras envolvidas no estágio. Um sensivelmente a meio e o outro no final, não tendo existido motivos para mais momentos, uma vez que as expectativas, bem como o planeamento, estavam a ser cumpridos com normalidade e sem intercorrências. Durante o estágio também foram utilizados momentos de autoavaliação para que a enfermeira da unidade me pudesse acompanhar da forma mais personalizada possível, dirigindo a nossa atenção para os aspetos a melhorar.

Após o meu percurso, ficou definido que a enfermeira da unidade daria continuidade às sessões. Como já foi referido, planeavam-se consoante a performance do adolescente, na anterior, portanto, era realizado de forma humanizada, visando a melhor e mais ajustada intervenção e forma de abordagem. Como os resultados neste tipo de intervenção podem ser morosos, e um dos objetivos era fornecer aos jovens, ferramentas para lidar com a ansiedade, terá todo o sentido dar continuidade às intervenções.

- *Limitações e condicionantes*

Como todos os percursos de cuidados e de vida, também este teve bastantes limitações que não dependeram do esforço desempenhado por mim ou pela equipa do serviço. Os adolescentes em causa, sendo estudantes, apresentam uma limitação quanto ao tempo disponível para atividades extracurriculares. A tarde que todos apresentam livre é a da quarta-feira e por forma a não prejudicar a frequência nas aulas e o seu aproveitamento escolar, bem como para evitar preocupações extra nos adolescentes e família, foi então o único momento que pude utilizar para a realização das intervenções. Os pais dos adolescentes trabalham, ou apresentam limitações de transporte e/ou financeiras, e este fator constitui outra limitação ao número de vezes que pude programar e solicitar a sua colaboração. Quanto à frequência e assiduidade, tive algumas limitações, uma vez que houve momentos em que não compareceram, quebrando assim a continuidade das intervenções, bem como, limitando ainda mais o número de intervenções a realizar.

A comunicação com os adolescentes é peculiar, na medida em que depende do estado de humor, de cansaço e de disponibilidade, fatores que a condicionam tornando-a mais ou menos facilitada. Por vezes tive dificuldade em passar a mensagem e por isso

fazer-me entender, tendo que recorrer a outra explicação das minhas intenções, por outras palavras, trabalhando assim a capacidade de comunicação.

Não verifiquei nenhuma situação constrangedora, o que significa que terei tido em conta o *timing* de cada adolescente para as respostas, e/ou a sua privacidade/direito a responder às mesmas. O tempo de duração do estágio limita a perceção da evolução e por isso os resultados das intervenções.

Uma limitação significativa neste tipo de estágio, e que é muito importante não só para o meu desenvolvimento mas principalmente para o do adolescente, é que esteja presente nas sessões, alguém que já conheçam e com quem sintam confiança, como é o caso da enfermeira da equipa. Assim, a autonomia que possivelmente em outro contexto, eu deveria ter ganho, aqui foi alcançada em parte, uma vez que a decisão do planeamento das sessões foi realizada sempre com a opinião e consentimento da enfermeira da equipa. A sua presença foi sempre considerada, uma vez que estamos perante um adolescente que a própria irá acompanhar após o meu estágio, e, por isso, as sessões tiveram sempre o cunho de ambas, o que em nenhuma situação considerei prejudicial e que em muitas até se tornou mais facilitador, como no treino assertivo, em que para além dos cenários apresentados houve mais situações colocadas verbalmente pelas duas, ou seja, conseguiu-se uma diversidade de ideias maior.

Outra limitação é a minha falta de experiência, quer na área da saúde mental, quer na área da adolescência. Senti algumas dificuldades em por vezes encontrar o que me parecesse mais indicado, para efetuar a estratégia inicial de abordagem. O trajeto foi delicado e poderia ter realizado melhores performances em determinados momentos. Contudo, não considero o caminho atribulado nem que não alcancei os objetivos, sendo que, pelo contrário, fico bastante satisfeita que exista em contexto de ensino clínico a possibilidade de experienciar novos desafios e de aprender a fazer melhor, em prol de uma prática mais humana. Considero ainda que as intervenções realizadas foram de certa forma desconfortáveis inicialmente, mas este desafio exige que se ajustem habilidades, encontrem estratégias e se ultrapassem receios. Deste modo alcança-se uma maior consciência de si, bem como maior capacidade de reflexão sobre a delicada área da saúde mental e psiquiatria, ficando com vontade de poder continuar o percurso e alcançar mais habilidades, obter mais conhecimentos, descobrir situações novas como pessoa e profissional, e aprender com tudo isto.

- *Reflexão*

Acima de tudo, gostei de ter refletido na minha prática em geral, nesta área dos cuidados de enfermagem. Fiquei com a percepção de que com crianças e adolescentes, a saúde mental é particular porque não estão rotulados nem colocados num diagnóstico que os delimitaria enquanto pessoas. O diagnóstico médico passa a ser apenas uma linha orientadora, porque o que se vai tentando moldar, são os seus comportamentos e as suas emoções, permitindo uma adaptação gradual ao seu crescimento e desenvolvimento, para que se tornem pessoas únicas e inigualáveis, mas com ferramentas eficazes para lidar com as suas particularidades.

Este estágio permitiu-me compreender a importância da empatia, da comunicação, da escuta e acima de tudo, dotou-me da vontade de ajudar e de intervir, considerando o adolescente sempre o centro de todo o procedimento e em prol de quem o caminho a ser desenvolvido deve ser pensado, planeado e estruturado. Estas sessões podem ser aquele impulso que estariam a precisar, para tomar uma atitude, ou adotar um comportamento mais assertivo, e por isso deve ser aproveitado sempre como momento de relação de ajuda. É um espaço na vida daquela pessoa em que podemos fazer a diferença, por vezes apenas escutando, outras mostrando um outro caminho possível..., mas acima de tudo, um espaço autêntico, frutuoso e empático, em prol do bem-estar, da autonomia, da dignidade, do empoderamento, da saúde e da qualidade de vida do adolescente.

Reforço a importância do papel da enfermeira da equipa que foi incansável neste percurso, tendo tido um papel primordial especialmente pela sua larga experiência. Facultou-me ensinamentos, momentos de reflexão, orientações em tempo pertinente e indicações precisas e eficazes para que os meus objetivos conseguissem ser cumpridos. Foi um exemplo de humildade e generosidade, pelo facto de ter tentado passar-me os seus conhecimentos e contribuir para a minha formação enquanto profissional de saúde mental. Apresentou sempre que pertinente, uma crítica construtiva e criou um ambiente de estágio propício à aprendizagem. Conseguiu adaptar-se perfeitamente à lacuna em experiência que eu trazia e por isso todos os comportamentos que adotou me guiaram durante todo o processo de aquisição de competências. Foi concisa, coerente, metódica e bastante organizada, características estas que me auxiliaram na estruturação do caminho, no planeamento e, principalmente, durante as sessões com os adolescentes. Estes momentos não só eram totalmente novos para mim, como se constituíam de algum suspense, uma vez que, dependendo das reações dos jovens, o caminho a percorrer será

um, ou outro. Assim, a capacidade de improviso e de readaptação que a enfermeira da equipa apresentou, foram surpreendentes.

A melhoria revelada em alguns adolescentes no que concerne à capacidade interventiva, reflexiva e crítica, bem como de expressão, constituíram para mim uma das mais-valias deste percurso. Saber que contribuí para melhorar capacidades nos outros, sendo estes outros, personalidades em desenvolvimento, constitui um motivo de orgulho e de autoconfiança, pessoal e profissional. Acredito que possa ter feito a diferença no caminho destes jovens no sentido positivo.

## 7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, P. (1994). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva* (6ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1978). *Comportamento assertivo: um guia de auto expressão* (2ª edição) (Tradução por Corrêa, J. M.). Belo Horizonte: Interlivros. (Trabalho original publicado em 1970).

Almeida, O. F. X., & Shippenberg, T.S. (2012). *Neurobiology of opioides*. Springer-Verlag. Consultado em março de 2016, em: [https://books.google.pt/books?id=PmH7CAAQBAJ&pg=PA349&dq=neurobiology+of+opioids&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwisq\\_L09t7LAhXFthQKHQEVBkUQ6AEIjAB#v=onepage&q=neurobiology%20of%20opioids&f=false](https://books.google.pt/books?id=PmH7CAAQBAJ&pg=PA349&dq=neurobiology+of+opioids&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwisq_L09t7LAhXFthQKHQEVBkUQ6AEIjAB#v=onepage&q=neurobiology%20of%20opioids&f=false).

Alligood, M., & Tomey A. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. (5ª edição). Loures: Lusociência.

Antunes M. (2014). As bibliotecas da saúde que futuro. *A literacia em Saúde: investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos*, (pp. 123-133). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Antunes C., Sousa, M.C., Carvalho, A., Costa, M., Raimundo, F., Lemos, E., Cardoso, F., Gomes, F., Alhais, D., Rocha, A., & Andrade, A. (2006). Auto-estima e comportamentos de saúde e de risco no adolescente: Efeitos diferenciais em alunos do 7º ao 10º ano. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (1), 117-123.

Barnes, J. (1998). Promoção da saúde mental: uma perspectiva desenvolvimental. *Psychology, Health & Medicine*, 3, Nº1.

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

Bolsoni-Silva A.T., & DelPrette A. (2003). Problemas de comportamento: um panorama da área. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, V (2), 91-103.

Borges A.I., Manso, D.S., Tomé G., & Matos, M.G. (2008). Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise Psicológica*, 4 (XXVI), 551-561.

Bortolini, M (2012). O desenvolvimento da habilidade de assertividade e a convivência na escola: relato de experiência. *Psicologia em Revista, Belo Horizonte*, (18) 3, 373-388.

Brito, I. (2011). Depressão e ansiedade na adolescência. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 27, 208-214.

Bulechek G., Butcher, H., & Dohrman, J., (2008). NIC - Classificação de Intervenções de Enfermagem (4ª edição). Porto Alegre: Artmed.

Byrne, B.M. (1996). Academic self-concept: Its structure, measurement, and relation to academic achievement. In B.A. Bracken (Ed.), *Handbook of self-concept* (pp. 287-316). New York: John Wiley & Sons.

Carvalho R. (2001). *Arteterapia – definição*. Consultado em março 2016, em: <http://arteterapia.com/o-que-e-arte-terapia/>.

Câmara dos Especialistas de Medicina Integrativa [CEMI], (2014). *Conceito de saúde segundo OMS/WHO*. Consultado em Março de 2016, <http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceito-de-saude-segundo-oms-who/>.

Carver, Weintraus & Scheier, (1998). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.

Cid, L., Silva, C., Alves, J., (2007). Actividade física e bem-estar psicológico - perfil dos participantes no programa de exercício e saúde de rio maior. *Motricidade* 3 (2): 47-55

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2 – CIPE, (2011). (Tradução por Castro H.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (Trabalho original publicado em 2010).

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009a). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental, (2009b). *Saúde mental Infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Lisboa. Consultada em março 2016, em: [file:///C:/Users/Asus/Downloads/i015903%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Asus/Downloads/i015903%20(1).pdf).

Covington, M.V. (1984). The motive of self-worth. In Ames, R. E., Ames C. *Motivation in education: Student Motivation*, (1), 73-113. Academic Press: San Diego.

Cruz, O., & Borges, M., (1992). A impulsividade infantil: algumas reflexões sobre o conceito. *Revista de psicologia e ciências da educação*, (3/4), 57-65.

Cunha, J. (2003). *Psicodiagnóstico –V*. Artmed: S. Paulo.

Dell’Aglia, D. (2000). *O processo de coping, institucionalização e eventos de vida e crianças e adolescentes*. Tese de doutoramento em psicologia do desenvolvimento. Instituto de Psicologia, Rio Grande do Sul. Brasil.

Faria, L. (2005). Desenvolvimento do autoconceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, 4 (XXIII), 361-371.

Graeff, F. (2007). Ansiedade, pânico e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 29 (I), 3-6.

Grilo, A. (2012). *Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (2), 283 – 297.

Grilo, A. (2010). Processos comunicacionais em estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas: categorização e proposta de um treino individual de competências. Tese de Doutoramento, disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2249>

INFARMED, (2010). Folheto informativo – Valdispert 45 - Baldacci Portugal, S.A.

INFARMED, (2011). Folheto informativo – Sertralina, Cloridrato. ToLife - Produtos Farmacêuticos, S.A.

INFARMED, (2015a). Folheto informativo – Ritalina LA. Novartis Farma - Produtos Farmacêuticos, S.A.

INFARMED, (2015b). Folheto informativo – Topamax - Janssen-Cilag Farmacêutica, Lda.

Jones-Kavalier B. & Flannigan S. (2006). Connecting the digital dots: literacy of 21<sup>st</sup> century. *Viewpoint*, 8-10.

Jonhson, M., Maas, M., Swanson, E., & Moorhead, S. (2004). NOC - *Classificação dos resultados de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. (7ª Edição). Porto Alegre: Artmed.

Lemos, I. (2007). *Família, psicopatologia e resiliência na adolescência: do risco psicossocial ao percurso delinquente*. Tese de doutoramento, Universidade do Algarve, Faro.

Leite, L. (2006). *O Enfermeiro Especialista: Percursos do Desenvolvimento Profissional*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Luthar S., Cicchetti D., B., Becker (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71 (3), 543–562.

- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de enfermagem de saúde mental*. Loures: Lusociência.
- Oliveira, E. (2005). Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática. *Avaliação Psicológica*, 4 (1), 91-93.
- Ordem dos Enfermeiros, (2010). *Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Lisboa. Consultado em janeiro 2016, em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf).
- OMS (2002). Relatório Mundial de Saúde. *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Consultado em janeiro 2016 em: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)
- Pesce R., Assis, S.G., Santos N., & Oliveira R. V. C., (2004). *Risco e Proteção: Em Busca de um equilíbrio promotor de resiliência*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 135-143.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinheiro, M., Haase, V., DelPrette A., Amarante C. & DelPrette Z., (2006). *Treinamento de Habilidades Sociais Educativas para Pais de Crianças com Problemas de Comportamento*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (3), 407-414.
- Reis, A. (2014). *Arteterapia: a Arte como Instrumento no Trabalho do Psicólogo*. *Psicologia, ciência e profissão*, 34 (1), 142-157.
- Rutter, M. (1999). *Resilience concepts and findings: implications for family therapy*. *Journal of Family Therapy*, (21), 119–144.
- Santos, M. (2015). *Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes – Identificar, Avaliar*. (2ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Saarikallio, S. & Erkkilä, J. (2007). *The role of music in adolescent's mood regulation*. *Psychology Research*, 35(1), 88–109.

Simões, C. & Simões J. (2007). *Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE® segundo as Necessidades Humanas Fundamentais*. II.ª Série - nº 4, 9-23.

Stuart, G., W. & Laraia, M. T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica - Princípios e Prática* (6ª edição). Porto Alegre: Artmed.

Teixeira, J. (2004). Comunicação em saúde Relação Técnicos de Saúde – Utentes. *Análise Psicológica*, 22 (3), 615-620.

Townsend, M. C. (2002) – *Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados* (3ª Edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

WHO (1986a). First International Conference on Health Promotion, Ottawa: *Ottawa Charter for Health Promotion*. Consultado em Janeiro 2016 em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1).

WHO (1986b). World Health Organization. Young People's Health – a Challenge for Society. *Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All*. Technical Report Series 731. Geneva.

WHO, (2004a). *Prevention of mental disorders - Effective interventions and policy options*. Consultado em Janeiro de 2016, em: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf)

WHO (2004). Report from the World Health Organization. *Promoting mental health concepts, emerging evidence, practice*. Consultado em Janeiro 2016 em: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf)

WHO (2009a). 7th Global Conference on Health Promotion. *Track 1: Community empowerment*. Consultado em Janeiro de 2016 em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track1/en/>.

WHO (2009b). 7th Global Conference on Health Promotion. *Track 2: Health literacy and health behaviour*. Consultado em Janeiro de 2016 em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track1/en/>.

WHO (2014). Health for the World's Adolescents – A second chance in the second decade. Consultado em Maio de 2016 em: [http://apps.who.int/adolescent /second-decade/files/1612\\_MNCAH\\_HWA\\_Executive\\_summary.pdf](http://apps.who.int/adolescent /second-decade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_summary.pdf)

## **ANEXOS**

## **ANEXO I – TABELAS REPRESENTATIVAS DOS DADOS RELATIVOS A 2015**

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO POR SEXO

<b>Sexo</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Masculino	356	53,5
Feminino	310	46,5
TOTAL	666	100

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO POR IDADE

<b>Idade (anos)</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
0-3	2	0,30
3 - 6	82	12,3
7 -10	229	34,4
11 - 14	237	35,6
15 - 18	116	17,4
TOTAL	666	100,00

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO POR PROVENIÊNCIA

<b>Proveniência</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Médico Família	407	61,1
Consulta Externa	218	32,7
Comissão de Proteção Menores	1	0,2
Outro	40	6
TOTAL	666	100,00

## **ANEXO II – GUIÃO DE ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA**

## **1 – Dados:**

Nome:

Pai:

Mãe:

Gravidez:

O que preocupa os pais:

Motivo consulta:

## **2 – Entrevista:**

**. Como é a relação familiar:**

**. O que sente em relação à escola:**

Amigos:

Brincadeiras:

Interacção com outros:

Professores:

Avaliações:

**. O que o preocupa mais na vida:**

**. Como se sente habitualmente no dia- a- dia:**

**. Sente-se alguma vez ansioso/nervoso/angustiado?**

**Se sim: em que situações:**

**. Afeta de alguma forma a sua vida do dia – a – dia:**

**. Estratégias que utiliza para resolver esses momentos:**

**ANEXO III – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS JOVENS NA ENTREVISTA  
DE DIAGNÓSTICO**

**Nome:**

**Data:**

- 1. – Duas situações que te agradam muito:**
  
- 1 – Duas situações que te incomodam:**
  
- 2 – Três características tuas que gostas em ti:**
  
- 3 – Três características que não gostas muito em ti:**
  
- 4 – A tua canção favorita:**
  
- 5 – O que sentes quando a ouves:**
  
- 6 – Quando te chateias com alguém como te sentes?**
  
- 7 – O que fazes para te sentires melhor?**
  
- 8 – Sentiste-te bem a responder a estas questões?**

**Obrigada**

## **ANEXO IV – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE *BECK***

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

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A ÚLTIMA SEMANA INCLUINDO HOJE. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	4
	<u>Ausente</u>	Suave, não me incomoda muito	<u>Moderado</u> , é desagradável mas consigo suportar	<u>Severo</u> , quase não consigo suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensações de calor				
3. Tremor nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo de acontecimentos ruins				
6. Confuso ou delirante				
7. Coração batendo forte e rápido				
8. Inseguro (a)				
9. Apavorado (a)				
10. Nervoso (a)				
11. Sensação de sufocamento				
12. Tremor nas mãos				
13. Trêmulo (a)				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado (a)				
18. Indigestão ou desconforto abdominal				
19. Desmaios				
20. Rubor facial				
21. Sudorese (não devido ao calor)				

Desenvolvido por: BECK, A.T.; EPSTEIN, N.; et al. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J. Consult. Clin. Psychol. 1988; 56:893-897.

## **ANEXO V – CONSENTIMENTO INFORMADO**

## **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO \***

### **Projeto de intervenção em adolescentes com ansiedade em contexto de ambulatório**

Eu, abaixo-assinado, \_\_\_\_\_,  
encarregado de educação de \_\_\_\_\_,  
compreendi a explicação que me foi dada acerca do processo em que o mesmo irá  
participar, tendo tido a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

Foi-me explicada a finalidade do processo, de acordo com a declaração de Helsínquia e  
a declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

Foi-me dada a informação detalhada e garantido o sigilo e confidencialidade das  
informações prestadas por mim ou pelo meu educando.

Se o entender, poderei recusar-me a participar em qualquer momento do processo bem  
como o meu educando a não responder a questões que lhe sejam colocadas.

Se o desejar, terei acesso aos dados fornecidos por mim ou pelo meu educando na  
entrevista pessoal, após a sua transcrição. Se o desejar, terei acesso aos resultados do  
processo de intervenção após a sua publicação.

Por tudo o que atrás foi escrito, aceito voluntariamente que o meu educando participe no  
processo de intervenção clínica, cujo resultado será expresso em relatório académico.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2015

Assinatura do encarregado de educação

\_\_\_\_\_

\* Conforme a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (Helsínquia, 1964; Tóquio, 1975; Veneza, 1983; Hong Kong, 1989; Somerset, 1996; Edimburgo, 2000) e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, 2005, Conferência Geral da UNESCO.

## **ANEXO VI - FOLHETO SOBRE ATIVIDADE FÍSICA JOVEM B**

Para começares aqui ficam umas dicas:

## A ATIVIDADE FÍSICA

**Faz 2 vezes e vê quanto levas a completar:**

- 40 saltos à corda;
- 10 flexões de braços;
- 10 agachamentos;
- 20 saltos à corda.



**Completa 4 rondas:**

**20 segundos cada exercício:**

- agachamentos com salto;
- 10 segundos de descanso
- saltos à corda;
- 10 segundos de descanso
- bola ao ar e apanhar;
- 10 segundos de descanso
- flexões de braços.

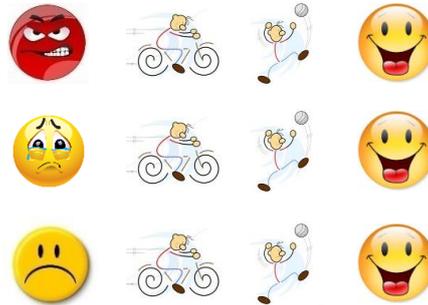
**Não te esqueças de aquecer primeiro.**

- ☺ Salta a corda ou corre por uns minutos;
- ☺ Roda o pescoço para um lado e para o outro;
- ☺ Roda os braços para trás e para a frente;
- ☺ Roda os joelhos, os pulsos e os pés.
- ☺ Escolhe uma música divertida e no final vais ver que estás em melhores condições para tomares as decisões importantes da tua vida.

**Vantagens:**

- ☺ Aumenta a auto estima porque ficamos mais fortes e mais decididos;
- ☺ O cansaço físico ajuda a dormir melhor. Para acordar no dia seguinte bem-disposto e com energia suficiente para enfrentar as dificuldades;
- ☺ Aumenta a concentração nas atividades de estudo;
- ☺ Ensina a cumprir objetivos;
- ☺ Provoca a sensação de bem-estar por algumas horas após a sua prática.
- ☺ Aumenta as defesas contra doenças.

## MELHORA O TEU BEM-ESTAR



Praticar desporto de forma regular diminui os níveis de ansiedade, de irritabilidade e de tristeza.

**Porquê?**

Porque permite-nos distrair e não pensar nas nossas preocupações durante o tempo em que se pratica e promove ainda uma sensação de bem-estar.

Porque existe a produção de substâncias no organismo que te aliviam os sentimentos mais negativos e te ajudam a dormir como por exemplo a serotonina. A outra substância é a endorfina que alivia dores, como por exemplo, de cabeça e menstruais. Provoca ainda a sensação de prazer que te irá acompanhar por algumas horas após o exercício.

Pratica exercício físico algumas vezes por semana e irás sentir-te melhor. O ideal é fazê-lo 3 a 4 vezes por semana mais que 30 minutos mas também podes optar por fazer 15 a 20 minutos.



**E ACIMA DE TUDO DIVERTE-TE!**

## **ANEXO VII – TÉCNICA DE RELAXAMENTO DE *JACOBSON***

- **Relaxamento Progressivo (Jacobson 1964)**

Executado “aplicando” tensão em 16 grupos musculares. Os grupos musculares são relaxados sequencialmente, ou seja, cada grupo é primeiro tenso e depois “largado” várias vezes, conseguindo um relaxamento cada vez mais profundo do grupo muscular.

Procure uma posição confortável (cadeira ou deitado).

A sequência tensão relaxamento de cada grupo muscular é repetida até conseguir o relaxamento nos músculos em questão, sendo importante que o largar da tensão nos grupos musculares não seja lento mas repentino.

Pretende-se que sinta os indicadores do relaxamento: calor ou peso.

Tente não se mover durante o exercício e mantenha os olhos fechados.

Tente respirar na barriga e não no peito.

Grupo 1: Feche a mão direita. Sinta a tensão na mão e antebraço. Agora largue. Repita

Grupo 2: Empurre o cotovelo da direita contra a cadeira ou contra o chão. Sinta a tensão que isto causa nos bíceps. Quando se sentir bem, largue a tensão e note a diferença. Repita

Grupo 3: Como 1 à esquerda

Grupo 4: Como 2 à esquerda

Grupo 5: Levante as sobancelhas e faça rugas na testa.

Grupo 6: Feche os olhos com força e levante o nariz.

Grupo 7: Cerre os dentes com uma força média e puxe os cantos da boca para trás como se estivesse a rir-se exageradamente.

Grupo 8: Para causar tensão à volta do pescoço, puxe o queixo para o peito sem deixar tocar. Grupo 9: Inspire, suspenda a respiração e puxe os ombros para trás até as omoplatas se tocarem. Sinta a tensão nos ombros, peito e costas.

Grupo 10: Ponha os músculos da barriga duros, como se fosse receber um murro na barriga. Grupo 11: Contraia os músculos da coxa da direita.

Grupo 12: Empurre os dedos do pé direito para cima de forma a que a barriga da perna fique dura.

Grupo 13: Vire o pé direito para dentro e encolha o pé com os dedos para baixo. Sinta bem a tensão que isto causa na parte do meio do pé.

Grupo 14: Como 11 à esquerda

Grupo 15: Como 12 à esquerda

Grupo 16: Como 13 à esquerda

Existem dois tipos de respiração:

- A respiração no peito que ativa o sistema simpático e prepara o corpo para uma reação de "flight Or fight". Armazena oxigénio extra no corpo e causa excitação/ medo (no caso extremo hiperventilação).
- A respiração abdominal ativa o sistema nervoso parassimpático e promove o relaxamento. Respirar na barriga (como um bebé), de forma que o peito fica imóvel.

Respiração Abdominal:

1. Coloque uma mão sobre a barriga e a outra sobre o tórax.



2. Agora inspire devagar e profundamente para a sua barriga.
3. Se possível, inspire pelo nariz e expire pela boca.



1. A mão colocada na barriga deve mover-se mais do que a mão colocada no tórax.



5. Mantenha este ritmo de respiração lenta por uns minutos.
6. Deixe que a tensão continue a fluir para fora do seu corpo com cada expiração.
7. Imagine que a sua respiração está a relaxar o seu corpo e a clarificar a sua mente.

Requer algum treino e até pode doer um bocado no início. Vantagem desta técnica é que pode ser aplicada em qualquer momento e posição.

Fonte: Centro de Psicologia Aplicada do Exército Núcleo de Apoio Psicológico e Intervenção na Crise, Lisboa.

Disponível em <http://www.exercito.pt/FNDAp/Documents/relaxamento.pdf>.

## **ANEXO VIII – TÉCNICA DE RELAXAMENTO UTILIZADA COM OS JOVENS**

**- Alongamentos:**

- Inspira e expira
- Inspira e expira com elevação dos MS
- Inspira e expira com elevação dos MS contra até 3 em cima e baixa e deixa cair
- Cervical atrás e à frente – inspira atrás e expira à frente – 5x
- Colocar braços abertos e continuar com a cervical
- Colocar queixo ao peito e enrolar com mãos ao chão e subir – 3 x
- Colocar a perna atrás e inspirar vindo acima e voltar a tocar com peito ao joelho – 3 x cada perna
- Alongamento glúteo 10’’+ 10’’

**- Relaxamento progressivo: (Colocar de costas):**

- Contrair pernas contar até 5 e relaxar expirando
- Contrair abdominal contra ate 5 e relaxar expirando
- Apertar mãos contar ate 5 e relaxar
- Fazer um sorriso
- Fechar os olhos com força contar até 5 e relaxar

**- Pensar num local calmo que gostamos muito.**

## **ANEXO IX – AVALIAÇÃO DE SINAIS VITAIS**

<u>Nome</u>	<u>Sessão de relaxamento</u> <u>hora</u>	<u>TENSÃO ARTERIAL / PULSO</u>
<b>Jovem A</b>	15h	ANTES: 118/65 mmHg / 78 bpm
	15h30	DEPOIS: 100/59 mmHg / 72 bpm
<b>Jovem C</b>	15h	ANTES: 121/69 mmHg / 78 bpm
	15h30	DEPOIS: 122/58mmHg / 80 bpm

**ANEXO X – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE *BECK* JOVEM A.**

## NA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Data: 30/09/15

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A ÚLTIMA SEMANA INCLUINDO HOJE. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	4
	Ausente	Suave, não me incomoda muito	Moderado, é desagradável mas consigo suportar	Severo, quase não consigo suportar
1. Dormência ou formigamento	X			
2. Sensações de calor	X			
3. Tremor nas pernas	X		<del>X</del>	
4. Incapaz de relaxar			X	
5. Medo de acontecimentos ruins			X	
6. Confuso ou delirante	X			
7. Coração batendo forte e rápido	X			
8. Inseguro (a)			X	
9. Apavorado (a)	X			
10. Nervoso (a)				X
11. Sensação de sufocamento	X			
12. Tremor nas mãos	X			
13. Trêmulo (a)	X			
14. Medo de perder o controle		X		
15. Dificuldade de respirar	X			
16. Medo de morrer	X			
17. Assustado (a)	X			
18. Indigestão ou desconforto abdominal	X			
19. Desmaios	X			
20. Rubor facial	X			
21. Sudorese (não devido ao calor)	X			

Desenvolvido por: BECK, A.T.; EPSTEIN, N.; et al. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J. Consult. Clin. Psychol. 1988; 56:893-897.

NA AVALIAÇÃO FINAL:

Data: 30/1/16

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A ÚLTIMA SEMANA INCLUINDO HOJE. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	4
	Ausente	Suave, não me incomoda muito	Moderado, é desagradável mas consigo suportar	Severo, quase não consigo suportar
1. Dormência ou formigamento		X		
2. Sensações de calor	X			
3. Tremor nas pernas	X			
4. Incapaz de relaxar	X			
5. Medo de acontecimentos ruins		X		
6. Confuso ou delirante	X			
7. Coração batendo forte e rápido	X			
8. Inseguro (a)		X		
9. Apavorado (a)	X			
10. Nervoso (a)			X	
11. Sensação de sufocamento	X			
12. Tremor nas mãos	X			
13. Trêmulo (a)	X			
14. Medo de perder o controle	X			
15. Dificuldade de respirar	X			
16. Medo de morrer	X			
17. Assustado (a)	X			
18. Indigestão ou desconforto abdominal			X	
19. Desmaios	X			
20. Rubor facial	X			
21. Sudorese (não devido ao calor)	X			

Desenvolvido por: BECK, A.T.; EPSTEIN, N.; et al. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J. Consult. Clin. Psychol. 1988; 56:893-897.

## **ANEXO XI: JOGO DOS SENTIMENTOS JOVEM A**

**1 - Descreve o que vês nas imagens e faz corresponder o sentimento que te faz mais sentido:**



1



2



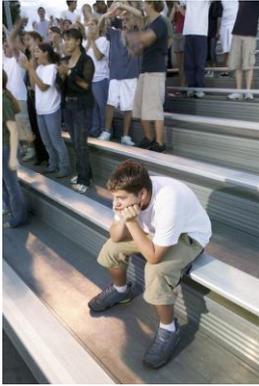
3



4



5



6



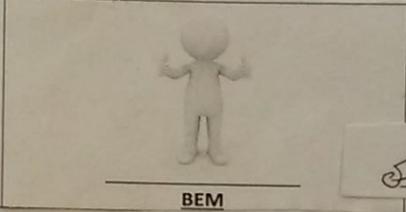
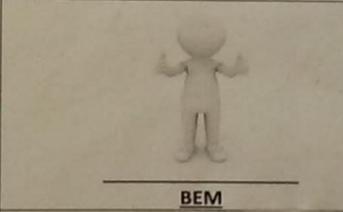
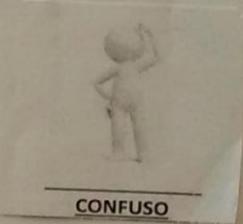
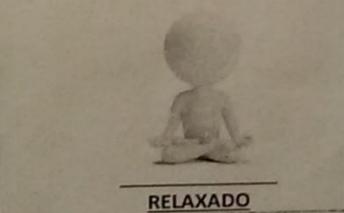
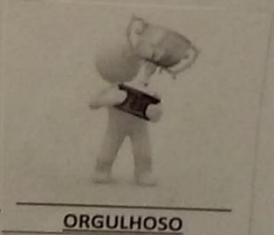
7

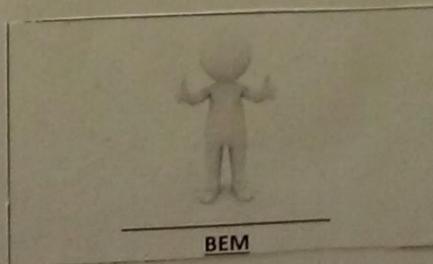
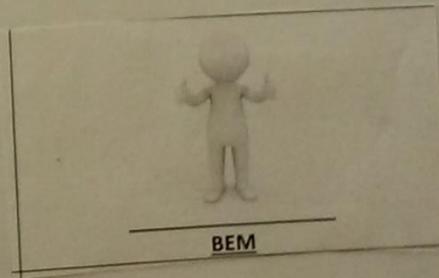
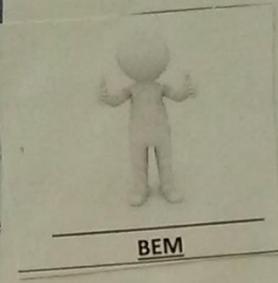


8

# TRABALHO DESENVOLVIDO PELA JOVEM A

1 - Descreve o que vês nas imagens e faz corresponder o sentimento que te faz mais sentido:

	 <p><u>EXCLUÍDO/ ISOLADO</u></p>	
	 <p><u>BEM</u></p> <p><i>Feliz</i></p>	
	 <p><u>BEM</u></p>	 <p><u>CONFUSO</u></p>
	 <p><u>RELAXADO</u></p>	 <p><u>ORGULHOSO</u></p>



Felipe

Alana

## **ANEXO XII – ESCALA DE EMOÇÕES**



**BEM TRATADO**



**BEM**



**ORGULHOSO**



**EXCLUÍDO/ ISOLADO**



**SEM ENERGIA**



**SOZINHO**



**TRISTE**



**INCOMODADO**



**CONFUSO**



**STRESSADO**



**RELAXADO**

## **ANEXO XIII - SOPA DE LETRAS JOVEM A**

## Trabalho desenvolvido pela jovem A

1 – Encontra as palavras abaixo escritas no meio da tabela. Depois desenha algo que te faça lembrar essa palavra numa folha branca.

LIBERDADE

*Exlibris*

BELEZA

*maquiagem*

MEDO

*testes*

CONFORTO

*mãe*

AMIZADE

*amigo*

CONFLITO

*briga*

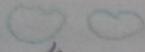
BRINCAR

*irmão*

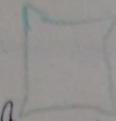
M	A	M	I	Z	A	D	E	B	M
E	O	E	S	D	F	G	H	R	E
F	X	N	B	N	M	O	L	M	D
V	A	C	O	N	F	L	I	T	O
B	F	S	A	D	D	E	B	D	E
G	J	D	A	B	E	L	E	Z	A
C	K	V	B	H	J	L	R	B	E
O	J	Q	E	S	A	C	D	R	D
N	L	I	B	E	R	D	A	D	E
F	R	A	M	I	Z	D	E	B	H
H	L	I	Y	U	R	E	V	R	G
M	I	R	B	N	E	D	O	I	J
C	O	N	F	O	R	T	O	N	C
T	G	H	J	M	Q	D	D	C	O
E	T	M	L	I	A	Z	M	A	N
D	A	M	I	Z	L	D	F	R	F



manusia



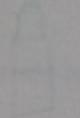
hati  
eabardi



persegiempat



manusia



rumah



teman



titik

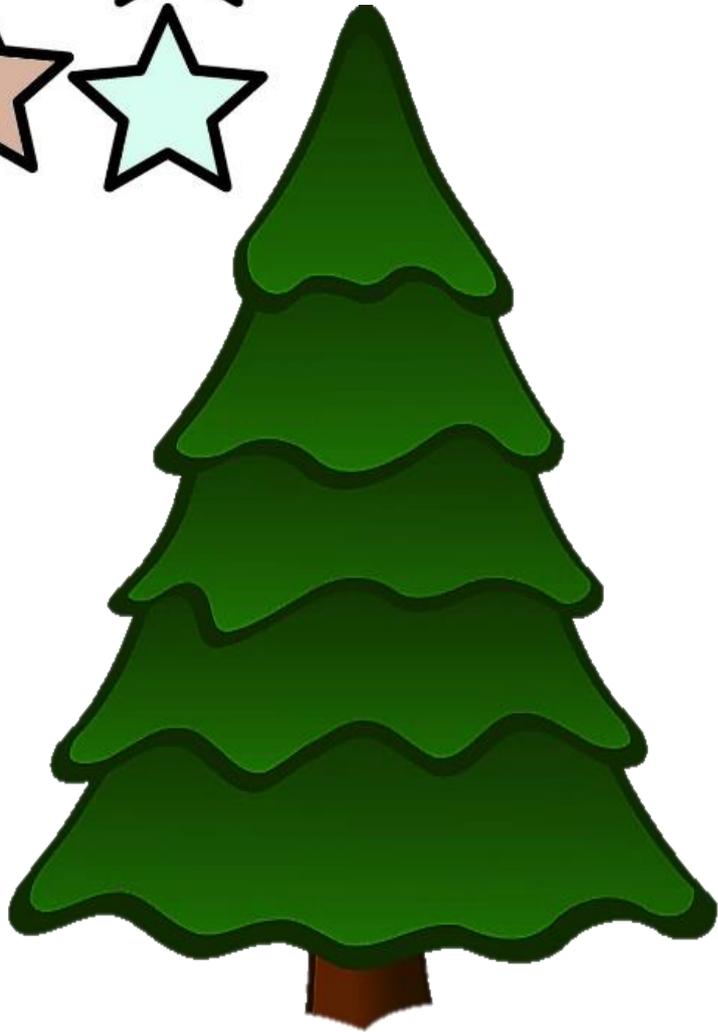
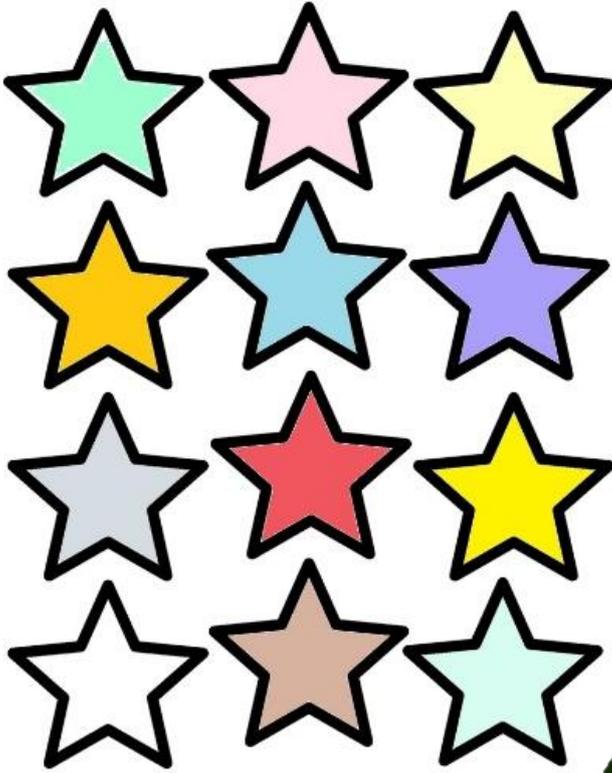


bulatan



bulatan

## **ANEXO XIV – ÁRVORE DE NATAL DOS DESEJOS JOVEM A**



## **Árvore de natal**

**O objetivo é refletir em emoções e sentimentos que sejam importantes.**

**Escrever a resposta a cada questão num estrela e colar na árvore**

- 1º Se pudesses pedir algo aos teus pais agora o que pedirias?
- 2º Se pudesses pedir um só desejo agora para ti o que pedirias?
- 3º Se pudesse mudar algo em ti o que mudarias?
- 4º Se pudesses mudar alguma coisa na tua escola o que mudarias?
- 5º Se pudesses pedir um desejo para os teus pais o que pedirias?
- 6º Se pudesses escolher um só sentimento para a tua vida o que escolherias?
- 7º O que colocarias no topo da árvore?

Trabalho desenvolvido pela jovem A



## **ANEXO XV – FRASES INCOMPLETAS JOVEM A**

**Completa as frases:**

Eu sinto-me frustrada quando \_\_\_\_\_.

Eu fico furioso quando \_\_\_\_\_.

No futuro gostaria de \_\_\_\_\_.

Eu tenho medo de \_\_\_\_\_.

Sinto-me ansiosa quando \_\_\_\_\_.

O que menos gosto em mim é \_\_\_\_\_.

O que menos gosto no meu melhor amigo é \_\_\_\_\_ e o  
que mais gosto é \_\_\_\_\_.

Eu acho que um verdadeiro amigo \_\_\_\_\_.

Quando tenho de apresentar um trabalho em sala de aula eu \_\_\_\_\_.

Quando se aproximam os testes de avaliação eu \_\_\_\_\_.

Quando estou no intervalo das aulas, eu \_\_\_\_\_.

Eu acho que os outros \_\_\_\_\_.

Eu acho que os meus professores pensam sobre mim que \_\_\_\_\_.

Os meus pais \_\_\_\_\_.

Sinto-me feliz \_\_\_\_\_.

## TRABALHO DESENVOLVIDO PELA JOVEM A

Completa as frases:

Eu sinto-me frustrada quando quando alguém me chateia.

Eu fico furiosa quando não consigo encontrar alguma coisa que preciso.

No futuro gostaria de pediatra.

Eu tenho medo de ratagões.

Sinto-me ansiosa quando vou para receber os testes.

O que menos gosto em mim é as unhas.

O que menos gosto no meu melhor amigo é o cabelo e o que mais gosto é a bondade.

Eu acho que um verdadeiro amigo ele ajuda o outro mas ou menos

Quando tenho de apresentar um trabalho em sala de aula eu fico nervosa.

Quando se aproximam os testes de avaliação eu fico nervosa.

Quando estou no intervalo das aulas, eu estou com os meus amigos.

Eu acho que os outros são amigos.

Eu acho que os meus professores pensam sobre mim que eu tenho de me aplicar mais.

Os meus pais trabalham muito.

Sinto-me feliz quando tenho boas notas.

**ANEXO XVI – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE *BECK* JOVEM B**

**PRIMEIRA AVALIAÇÃO:**

**(BECK-A)**

Data: 21/10/15

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A ÚLTIMA SEMANA INCLUINDO HOJE. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	4
	Ausente	Suave, não me incomoda muito	Moderado, é desagradável mas consigo suportar	Severo, quase não consigo suportar
1. Dormência ou formigamento	✓			
2. Sensações de calor	✓			
3. Tremor nas pernas	✓			
4. Incapaz de relaxar	✓			
5. Medo de acontecimentos ruins	✓			
6. Confuso ou delirante	✓			
7. Coração batendo forte e rápido			X	
8. Inseguro (a)	✓			
9. Apavorado (a)	✓			
10. Nervoso (a)	✓	X		
11. Sensação de sufocamento	2			
12. Tremor nas mãos	2			
13. Trêmulo (a)	2			
14. Medo de perder o controle	✓			
15. Dificuldade de respirar	2			
16. Medo de morrer	✓			
17. Assustado (a)	✓			
18. Indigestão ou desconforto abdominal	2			
19. Desmaios	2			
20. Rubor facial	2			
21. Sudorese (não devido ao calor)	2			

Desenvolvido por: BECK, A.T.; EPSTEIN, N.; et al. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J. Consult. Clin. Psychol. 1988; 56:893-897.

## ÚLTIMA AVALIAÇÃO

### (BECK-A)

Data: 30/1/16

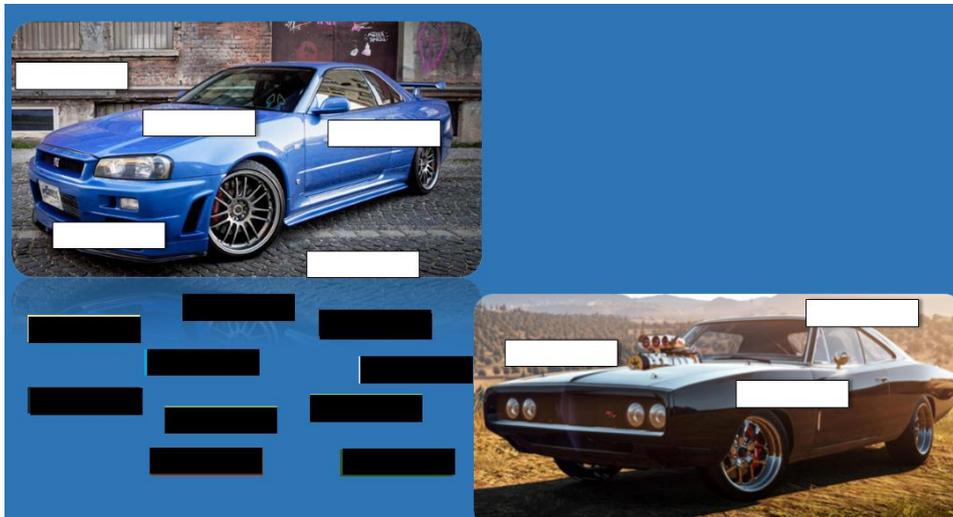
Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A ÚLTIMA SEMANA INCLUINDO HOJE. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	4
	Ausente	Suave, não me incomoda muito	Moderado, é desagradável mas consigo suportar	Severo, quase não consigo suportar
1. Dormência ou formigamento		X		
2. Sensações de calor	X			
3. Tremor nas pernas	X			
4. Incapaz de relaxar	X			
5. Medo de acontecimentos ruins		X		
6. Confuso ou delirante	X			
7. Coração batendo forte e rápido	X			
8. Inseguro (a)		X		
9. Apavorado (a)	X			
10. Nervoso (a)			X	
11. Sensação de sufocamento	X			
12. Tremor nas mãos	X			
13. Trêmulo (a)	X			
14. Medo de perder o controle	X			
15. Dificuldade de respirar	X			
16. Medo de morrer	X			
17. Assustado (a)	X			
18. Indigestão ou desconforto abdominal			X	
19. Desmaios	X			
20. Rubor facial	X			
21. Sudorese (não devido ao calor)	X			

Desenvolvido por: BECK, A.T.; EPSTEIN, N.; et al. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J. Consult. Clin. Psychol. 1988; 56:893-897.

## **ANEXO XVII – JOGO DOS SENTIMENTOS JOVEM B**

- 1) Descobrir os sentimentos por baixo de cada caixa a negro, refletir sobre o mesmo e colocar no carro azul caso seja um sentimento que queira guardar e no carro preto caso não o queira guardar.



Sentimentos colocados pelo jovem B. e ainda coloriu as caixas de texto com as cores que entendeu.



## **ANEXO XVIII – CENÁRIOS DO TREINO ASSERTIVO DO JOVEM B**

### Cena 1: conversa entre mãe e filho



Bateste com a mota! Outra vez?



Eu tive um dia horrível e não quero falar mais sobre isso hoje. Falamos depois, por favor!



Mas eu quero falar sobre isso e agora!



Eu estou muito nervoso! Estou a pedir-te para falarmos depois por favor.



Sabes que isto sai muito caro?! Tens de ter cuidado! E ainda te magoas a sério!



Não quero falar agora! Preciso de tempo para pensar. Deixa-me em paz!

Que atitude seria a mais correcta?

- 1) OK! Estou nervoso mas falo agora, mesmo que não esteja capaz;
- 2) Continuo a pedir que respeite o meu aborrecimento e prometo que falaremos em breve;
- 3) Mando calar a minha mãe imediatamente e fecho-me no quarto sem mais explicações.

### Cena 2: conversa entre mãe e filho



Filho tenho uma boa notícia! A avó vem visitar-nos !!!



Oh, não!! A avó?! Espero que fique pouco tempo connosco...



Eu, sei que te incomoda não poderes estar sossegado, mas eu já tenho saudades da tua avó! Se te colocares no meu lugar percebes! É a minha mãe!....



Atitude mais adequada será?

- 1) Desculpa! É verdade, tens razão... Ficarei feliz por ti, claro!
- 2) Oh e eu quero lá saber! É uma chata!
- 3) Eu acho que tu deverias colocar-te no meu lugar e perceber que ela é uma chata e eu gosto de estar sossegado!



### Cena 3 – dois amigos num restaurante



Desculpe eu pedi frango e não peixe.



Mas estás parvo?! Comes sempre peixe e hoje estás com manias?



É verdade. Eu costumava comer peixe mas hoje o que me apetece é frango. E gostaria, que assim fosse.



Come lá o peixe! Que coisa!



Gostaria que expressasses essa tua opinião sem gritos e num ambiente mais privado. Aqui isso incomoda a mim e aos outros. Portanto, volto a referir aqui ao senhor funcionário, que gostaria de manter o meu pedido de frango, se faz favor. Obrigada.



1) O que achaste da atitude de cada um?

O amigo foi parvo; não devia dizer nada sobre a comida do outro.

2) Quem foi adequado e quem foi agressivo?

### Cena 4: O Pedro com o amigo João em casa:



João: Vamos jogar computador?



Eu preferia o jogo...



Não! Quero ver uma série.



Ok ....



Não! É a série de TV e não se fala mais nisso.

O João foi: Passivo? Agressivo? Adequado?

Cena 5: Na fila do supermercado passam à frente do António:



O que será mais adequado o António responder?

- 1) Eu percebo que seja pouco o que tem para pagar mas de qualquer forma sendo que este lugar é o meu, teria sido correcto perguntar se o posso ceder. (2º)
- 2) Vá mas é lá para trás que eu não estou para aturar mal educadas como a senhora! (1º)
- 3) Nem vou dizer mais nada! Vou pegar em si e mete-la lá pa trás à força!
- 4) Ok... desculpe ... fique lá com o lugar ...

**NOTA: A AMARELO ENCONTRAM-SE AS OPÇÕES QUE O JOVEM B. TOMOU.**

## **ANEXO XIX – FRASES INCOMPLETAS JOVEM B**

## Trabalho realizado pelo jovem B.

Completa as frases:

Eu sinto-me frustrado quando em casa

Eu fico furioso quando me irrita

No futuro gostaria de ser programador

Eu tenho medo de \_\_\_\_\_

Sinto-me ansioso quando tou para receber um teste

O que menos gosto em mim é os meus olhos

O que menos gosto no meu melhor amigo é Jesus Cristo / Pedro e o que mais gosto é guitarra / skate / futebol

Eu acho que um verdadeiro amigo é aquele que decide por mim e mais

Quando tenho de apresentar um trabalho em sala de aula eu sinto-me mal

Quando se aproximam os testes de avaliação eu fico mais ou menos nervoso

Quando estou no intervalo das aulas, eu estou bem

Eu acho que os outros \_\_\_\_\_

Eu acho que os meus professores pensam sobre mim que eu sou chato

Os meus pais gostam de mim

Sinto-me feliz quando tou no computador a jogar com os amigos.

**ANEXO XX – IMAGENS DE TRABALHO DE EQUIPA E ENTREAJUDA  
JOVEM B**



**ANEXO XXI – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE *BECK* JOVEM C**

PRIMEIRA AVALIAÇÃO:

ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK

(BECK-A)

Data: 27 / 09 / 15

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A ÚLTIMA SEMANA INCLUINDO HOJE. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	4
	Ausente	Suave, não me incomoda muito	Moderado, é desagradável mas consigo suportar	Severo, quase não consigo suportar
1. Dormência ou formigamento	X			
2. Sensações de calor	X			
3. Tremor nas pernas	X			
4. Incapaz de relaxar			X	
5. Medo de acontecimentos ruins			X	
6. Confuso ou delirante	X			
7. Coração batendo forte e rápido	X			
8. Inseguro (a)	X			
9. Apavorado (a)	X			
10. Nervoso (a)				X
11. Sensação de sufocamento	X			
12. Tremor nas mãos	X			
13. Trêmulo (a)	X			
14. Medo de perder o controle		X		
15. Dificuldade de respirar	X			
16. Medo de morrer	X			
17. Assustado (a)	X			
18. Indigestão ou desconforto abdominal	X			
19. Desmaios	X			
20. Rubor facial	X			
21. Sudorese (não devido ao calor)	X			

Desenvolvido por: BECK, A.T.; EPSTEIN, N.; et al. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J. Consult. Clin. Psychol. 1988; 56:893-897.

ÚLTIMA AVALIAÇÃO:

A

ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK

(BECK-A)

Data: 13/1/2016

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A ÚLTIMA SEMANA INCLUINDO HOJE. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	4
	Ausente	Suave, não me incomoda muito	Moderado, é desagradável mas consigo suportar	Severo, quase não consigo suportar
1. Dormência ou formigamento			X	
2. Sensações de calor			X	
3. Tremor nas pernas	X			
4. Incapaz de relaxar	X			
5. Medo de acontecimentos ruins		X		
6. Confuso ou delirante	X			
7. Coração batendo forte e rápido	X			
8. Inseguro (a)		X		
9. Apavorado (a)	X			
10. Nervoso (a)		X		
11. Sensação de sufocamento		X		
12. Tremor nas mãos	X			
13. Trêmulo (a)		X		
14. Medo de perder o controle	X			
15. Dificuldade de respirar	X		X	X
16. Medo de morrer	X			
17. Assustado (a)		X		
18. Indigestão ou desconforto abdominal		X		
19. Desmalos	X			
20. Rubor facial	X			
21. Sudorese (não devido ao calor)	X			

Desenvolvido por: BECK, A.T.; EPSTEIN, N.; et al. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J. Consult. Clin. Psychol. 1988; 56:893-897.

**ANEXO XXIII - SOPA DE LETRAS JOVEM C**

1 – Encontra as palavras abaixo escritas no meio da tabela. Depois desenha algo que te faça lembrar essa palavra numa folha branca.

~~LIBERDADE~~

*amizade*

~~AMIZADE~~

*msa*

~~BELEZA~~

*amizade*

~~CONELITO~~

*medo*

~~MEDO~~

*bradi*

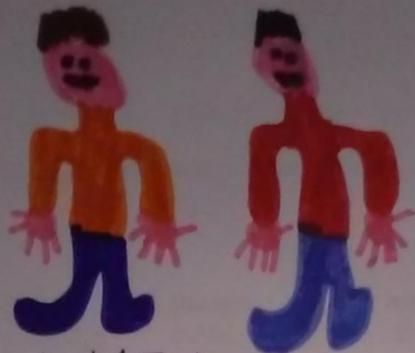
~~BRINGAR~~

*amigo*

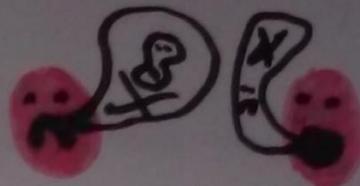
~~CONFORTO~~

*poi*

M	A	M	I	Z	A	D	E	B	M
E	O	E	S	D	F	G	H	R	E
F	X	N	B	N	M	O	L	M	D
V	A	C	O	N	F	L	I	T	O
B	F	S	A	D	D	E	B	D	E
G	J	D	A	B	E	L	E	Z	A
C	K	V	B	H	J	L	R	B	E
O	J	Q	E	S	A	C	D	R	D
N	L	I	B	E	R	D	A	D	E
F	R	A	M	I	Z	D	E	B	H
H	L	I	Y	U	R	E	V	R	G
M	I	R	B	N	E	D	O	I	J
C	O	N	F	O	R	T	O	N	C
T	G	H	J	M	Q	D	D	C	O
E	T	M	L	I	A	Z	M	A	N
D	A	M	I	Z	L	D	F	R	F



AMIZADAXE



CONFLITO



BEL EZA



LIBERDAD



CONFORTO



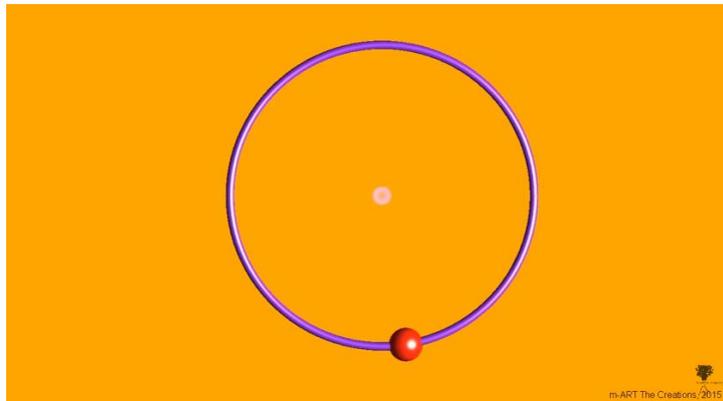
MEDO



BRINCAR

## **ANEXO XXIV – VÍDEO DO EXERCÍCIO DE RESPIRAÇÃO**

<https://www.youtube.com/watch?v=KePf3G7dUyY>



**ANEXO XXV- JOGO DAS FRASES INCOMPLETAS JOVEM C**

Completa as frases:

Eu sinto-me frustrado quando tenho uma má nota

Eu fico furioso quando me chateam

No futuro gostaria de ser melhor

Eu tenho medo de \_\_\_\_\_

Sinto-me ansioso quando é uma surpresa

O que menos gosto em mim é o meu mau comportamento

O que menos gosto no meu melhor amigo é que anda com pessoas e o que mais gosto é que é meu amigo <sup>mas</sup>

Eu acho que um verdadeiro amigo é aquele que nos ajuda

Quando tenho de apresentar um trabalho em sala de aula eu fico nervoso

Quando se aproximam os testes de avaliação eu tenho de me aplicar mais

Quando estou no intervalo das aulas, eu brinco com os meus amigos

Eu acho que os outros alguns deles me chateam porque são rancorosos

Eu acho que os meus professores pensam sobre mim que eu não vale nada

Os meus pais me ajudam-me quando eu preciso

Sinto-me feliz quando estou entre amigos

## **ANEXO XXVI – QUESTIONÁRIO JOVEM D**

1 - Duas situações que te agradam muito:

Futebol e jogar computador

2 - Duas situações que te incomodam:

Não entender a matéria da escola e fazer algo mal feito.

3 - Três características tuas que gostas em ti:

Olhos, compõe música Rap e saber jogar futebol.

4 - Três características que não gostas muito em ti:

Corpo, teimosa e não ser muito inteligente.

5 - A tua canção favorita: All of me

6 - O que sentes quando a ouves:

Sinto-me feliz e descansada.

10 - Quando te chateias com alguém como te sentes?

Sinto-me zangada e chateada.

11 - O que fazes para te sentires melhor?

Jogo futebol, acompanho rap e desenho

12 - Sentiste-te bem a responder a estas questões?

Sim.

Obrigada

**ANEXO XXVII - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE *BECK* JOVEM D**

## ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK

(BECK-A)

Data: 14 / 10 / 15

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A ÚLTIMA SEMANA INCLUINDO HOJE. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	4
	<u>Ausente</u>	Suave, não me incomoda muito	Moderado, é desagradável mas consigo suportar	Severo, quase não consigo suportar
1. Dormência ou formigamento			x	
2. Sensações de calor		x		
3. Tremor nas pernas		x		
4. Incapaz de relaxar		x		
5. Medo de acontecimentos ruins				x
6. Confuso ou delirante				x
7. Coração batendo forte e rápido			x	
8. Inseguro (a)			x	
9. Apavorado (a)		x	x	
10. Nervoso (a)			x	
11. Sensação de sufocamento		x		
12. Tremor nas mãos				x
13. Trêmulo (a)			x	
14. Medo de perder o controle				x
15. Dificuldade de respirar			x	
16. Medo de morrer				x
17. Assustado (a)				x
18. Indigestão ou desconforto abdominal				x
19. Desmaios	x			
20. Rubor facial	x			
21. Sudorese (não devido ao calor)	x			

Desenvolvido por: BECK, A.T.; EPSTEIN, N.; et al. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J. Consult. Clin. Psychol. 1988; 56:893-897.

## **ANEXO XXVIII - QUESTIONÁRIO JOVEM E**

1 – Duas situações que te agradam muito:

Ir para a escola e mãe ter algumas aulas  
Saír com as amigas

2 – Duas situações que te incomodam:

Turma mãe unida  
Saída da poi para fora da país

3 – Três características tuas que gostas em ti:

Simunidade  
Humestidade  
Alegre

4 – Três características que não gostas muito em ti:

Gasta de tudo em mim

5 – A tua canção favorita:

Não tenha

6 – O que sentes quando a ouves:

10 – Quando te chateias com alguém como te sentes?

Bem;

11 – O que fazes para te sentires melhor?

Nada;

12 – Sentiste-te bem a responder a estas questões?

Sim

Obrigada

## **ANEXO XXIX - O INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK JOVEM E**

## ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK

(BECK-A)

Data: 7 / 10 / 2015

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A ÚLTIMA SEMANA INCLUINDO HOJE. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	4
	<u>Ausente</u>	Suave, não me incomoda muito	Moderado, é desagradável mas consigo suportar	Severo, quase não consigo suportar
1. Dormência ou formigamento		X		
2. Sensações de calor	X			
3. Tremor nas pernas	X			
4. Incapaz de relaxar		X		
5. Medo de acontecimentos ruins	X			
6. Confuso ou delirante	X			
7. Coração batendo forte e rápido		X		
8. Inseguro (a)		X		
9. Apavorado (a)	X			
10. Nervoso (a)		X		
11. Sensação de sufocamento	X			
12. Tremor nas mãos	X			
13. Trêmulo (a)	X			
14. Medo de perder o controle	X			
15. Dificuldade de respirar		X		
16. Medo de morrer	X			
17. Assustado (a)	X			
18. Indigestão ou desconforto abdominal	X			
19. Desmaios	X			
20. Rubor facial	X			
21. Sudorese (não devido ao calor)	X			

Desenvolvido por: BECK, A.T.; EPSTEIN, N.; et al. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J. Consult. Clin. Psychol. 1988; 56:893-897.

## **ANEXO XXX – JOGO DOS SENTIMENTOS JOVENS D e E**

Humildade

Liberdade

Felicidade

Honestidade

Dedicação

Recompensa

Amor

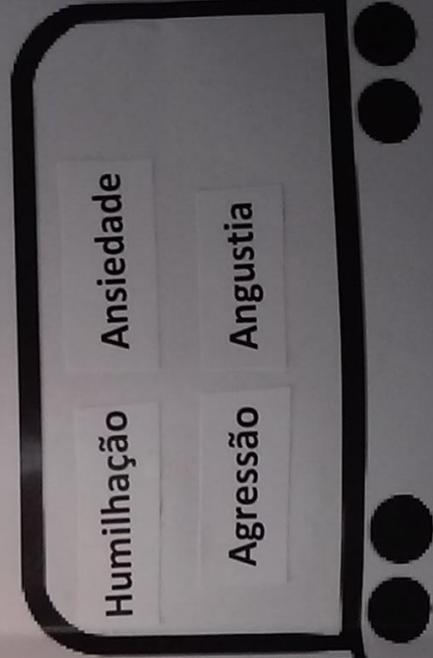
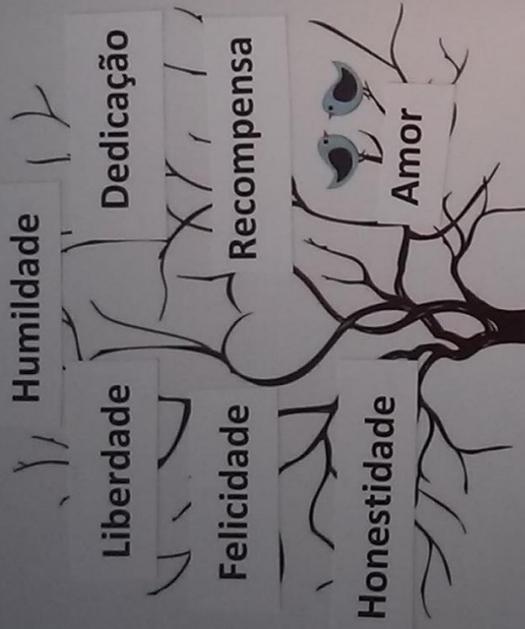
Esperança

Humilhação

Ansiedade

Agressão

Angústia



## **ANEXO XXXI - QUESTIONÁRIO JOVEM F**

1 - Duas situações que te agradam muito:

~~(Estar)~~ Ouvir música e tocar guitarra.

2 - Duas situações que te incomodam:

Estar chateada com o meu irmão e ~~(testes de avaliação)~~ e falar dos meus problemas cara a cara com os meus amigos.

3 - Três características tuas que gostas em ti:

Não ser orgulhosa, ser boa aluna e gostar de conviver.

4 - Três características que não gostas muito em ti:

Ser pessimista, não ser trabalhadora e ~~(não ter força de vontade)~~ e ser uma pessoa super insegura.

5 - A tua canção favorita:

~~"Miss you" dos Blink 182.~~

"Adam's Song" dos Blink 182

6 - O que sentes quando a ouves: Sinto-me feliz, mas ao mesmo tempo esquisita. A música foi dedicada a um fã deles que se suicidou e isso faz-me sentir esquisita mas também me deixa a pensar muito sobre o assunto. Sobre o porquê de uma pessoa se suicidar.

10 - Quando te chateias com alguém como te sentes?

Sinto-me ansiosa e penso demasiado no assunto, deixando-me muito insegura

11 - O que fazes para te sentires melhor?

Falo com uma amiga ~~minha que nunca conheci~~ da Sérvia e nunca a conheci pessoalmente porque sinto que apesar de tudo é a única que não me vai julgar e a única em que eu confio 100%. Tento também abstrain-me saído com o meu melhor amigo.

12 - Sentiste-te bem a responder a estas questões?

Sim, fizeram-me pensar.

Obrigada

**ANEXO XXXII - O INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK JOVEM F**

## ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK

(BECK-A)

Data: 18/11/2015

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A ÚLTIMA SEMANA INCLUINDO HOJE. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	4
	<u>Ausente</u>	Suave, não me incomoda muito	<u>Moderado, é desagradável mas consigo suportar</u>	<u>Severo, quase não consigo suportar</u>
1. Dormência ou formigamento			X	
2. Sensações de calor				
3. Tremor nas pernas				X
4. Incapaz de relaxar	X			
5. Medo de acontecimentos ruins				X
6. Confuso ou delirante	X			
7. Coração batendo forte e rápido				X
8. Inseguro (a)			X	
9. Apavorado (a)	X			
10. Nervoso (a)			X	
11. Sensação de sufocamento				X
12. Tremor nas mãos			X	
13. Trêmulo (a)		X		
14. Medo de perder o controle		X		
15. Dificuldade de respirar				X
16. Medo de morrer	X			
17. Assustado (a)				
18. Indigestão ou desconforto abdominal		X		
19. Desmaios	X			
20. Rubor facial				
21. Sudorese (não devido ao calor)				

Desenvolvido por: BECK, A.T.; EPSTEIN, N.; et al. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J. Consult. Clin. Psychol. 1988; 56:893-897.