



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio**

**Comportamentos Auto-Lesivos na Adolescência:
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde
Mental e Psiquiátrica**

Cátia Sofia Cunha Rodrigues

**Lisboa
2020**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio**

**Comportamentos Auto-Lesivos na Adolescência:
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde
Mental e Psiquiátrica**

Cátia Sofia Cunha Rodrigues

Orientador: Professora Doutora Patrícia Carla da Silva Pereira



**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

... às crianças e jovens que encontrei neste caminho, que me permitiram visitar a minha infância e adolescência, e que me lembraram que a vida só é vivida com alguém ao nosso lado;

... à equipa docente, em especial, à Professora Doutora Patrícia Pereira, pelo olhar e palavras de incentivo e confiança; pela segurança transmitida; por ser um modelo neste caminho de crescimento;

... aos colegas de profissão que encontrei nos diversos contextos, pelos modelos de excelência e pelo rigor de cuidar com o coração;

... aos meus colegas de equipa, amigos e companheiros, que me acompanharam nas dúvidas e incertezas, e que me impulsionaram a ser mais e melhor;

... aos meus amigos, que tantas vezes me perdoaram pela ausência e que me motivaram sempre a dar cada vez mais;

... à minha família, que suportou as minhas ausências e que me deu força nos momentos de maior cansaço;

... a ti, João, companheiro de todos os dias. Obrigado pelo teu amor e ternura, pelos abraços de conforto nos momentos mais difíceis, pelas ausências justificadas. Não seria metade sem ti, este trabalho também é teu.

Sem vós, este caminho não teria sido possível.

O meu sincero obrigada.

“Quando tiveres alguma missão a cumprir, considera-a com atenção: certifica-te de que sabes muito bem o que se exige de ti ou o que tu pretendes realizar; elabora depois o plano para o lewares a cabo; o plano deve assentar em boas razões; ajusta a execução aos meios que dispões e, acima de tudo, arma-te de vontade, vontade teimosa, da decisão de o lewares a cabo com êxito”

Baden-Powell

RESUMO

Os Comportamentos Auto-Lesivos (CAL) afirmam-se como uma problemática séria de saúde pública e mental que em 2018 afetou cerca de 20% dos adolescentes portugueses. Descrito como comportamento deliberado realizado por uma pessoa que tem intenção de provocar lesões a si mesmo, podendo existir ou não, intenção suicida, os CAL parecem ser uma estratégia adotada pelos adolescentes para regulação emocional, por existirem pensamentos e sentimentos negativos, associados à incapacidade e imaturidade de gerir as emoções e controlar os impulsos, comuns na adolescência. As abordagens terapêuticas descritas na literatura evidenciam a importância de desenvolver com os adolescentes, estratégias de identificação de emoções, sentimentos e reações comportamentais a processos intra e interpessoais, que por serem vivenciados de forma desajustada causam sofrimento mental.

Para o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) foi realizado um estágio com vertente hospitalar e comunitária. O estágio hospitalar teve como objetivo desenvolver técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas, promotoras do desenvolvimento de competências de gestão emocional; sociais e de resolução de problemas em adolescentes que adotam CAL. As intervenções de enfermagem especializadas a esta população foram suportadas pela Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau. A avaliação do risco clínico; a promoção do *milieu therapy* e o desenvolvimento de intervenções especializadas de enfermagem promoveram a diminuição do sofrimento associado, resultando na diminuição do risco de CAL. O estágio em contexto comunitário permitiu desenvolver competências de enfermagem no âmbito da promoção de saúde mental na primeira infância.

Este relatório dá conta do percurso desenvolvido e agrega um conjunto de propostas de intervenção do EESMP no âmbito dos Comportamentos Auto-Lesivos na Adolescência.

Palavras-Chave: Comportamento Auto-Lesivo; Adolescente; Regulação Emocional; Cuidados de Enfermagem; Saúde Mental

ABSTRACT

Non-suicidal self-injury (NSSI) is a serious problem of public and mental health, that in 2018 affected almost 20% of the portuguese adolescent. Described as a deliberated behavior made by a person who as the intention to make injury to his self, with or without suicidal ideation, NSSI seems to be a strategy used by adolescents to emotional regulation, for existing bad thoughts and feelings, usually associated to the incapacity and immature to deal with their emotions and self-control, common at adolescence. Therapeutic approaches described at the literature evidence the importance of development with the adolescent strategies to identify emotions, feelings and reactions behavioral to intra and interpersonal processes, that experienced in an unsuitable mode, cause mental suffering.

To the development of the skills of the mental health and psychiatry specialized nurse, was performer an internship at the community and at the hospital. The hospital internship aimed at the development of psychotherapeutic and social therapeutic techniques, promoting the development of emotional management skills; social skills and problem-solving skills at adolescents that commit NSSI. Specialized nursing interventions to this population were supported by the Theory of Interpersonal Relations by Hildegard Peplau. Risk assessment; the promotion of *milieu therapy* and the development of specialized nursing interventions promoted a reduction of the suffering associated, resulting in a decrease of the NSSI risk. The community internship allowed the development of the nursing skills within the scope of the promotion of mental health in the early childhood.

This academic report gives an account of the course developed and adds a set of intervention proposals by the EESMP in the context of NSSI in Adolescence.

Key words: Self-Injurious Behavior; Adolescent; Emotional Regulation; Nursing Care; Mental Health

LISTA DE SIGLAS

APA - American Psychological Association

CAL – Comportamento Auto-Lesivo

DGS – Direção Geral da Saúde

DSM -5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EESMP –Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

HBSC- Health Behaviour in School-aged Children

ICD-9 – International Classification of Diseases

MEESMP – Mestrado em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OECD/EU - Organization for Economic Co-operation and Development/European

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPS – Programa Nacional de Prevenção para o Suicídio

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

1. Introdução	9
2. A problemática dos Comportamentos Auto-Lesivos e a Adolescência	13
2.1. A Adolescência	13
2.2. A Adolescência e Comportamentos Auto-Lesivos	15
2.3. Intervenção do EESMP e contributo das teorias de Enfermagem	23
3. Percurso desenvolvido em contexto de Ensino Clínico e articulação com competências do EESMP.....	30
3.1. Contexto Hospitalar – Estágio em Instituição de Saúde Mental e Psiquiátrica da Região de Lisboa	30
3.2. Contexto Comunitário – Estágio em Instituição de Saúde Mental e Psiquiátrica da Região de Lisboa	46
4. Intervenções de enfermagem mais adequadas para adolescentes que adotam CAL	53
5. Conclusão	57
Referências Bibliográficas	60

Apêndices

Apêndice I – Questionário Clínico e Sociodemográfico

Apêndice II – Caracterização Sociodemográfica

Apêndice III – Caracterização Clínica

Apêndice IV– Diário de Aprendizagem - Contexto Hospitalar

Apêndice V– Plano de Sessão Dança e Movimento (nº1) – “Eu e o Mundo”

Apêndice VI– Plano de Sessão Dança e Movimento (nº2) – “Outono – Recolher e Semear”

Apêndice VII– Plano de Sessão Dança e Movimento (nº3) – “Eu e os Outros”

Apêndice VIII– Plano de Sessão Dança e Movimento (nº4) – “Limites”

Apêndice IX– Plano de Sessão Dança e Movimento (nº5) – “Adolescer”

Apêndice X– Plano de Sessão Dança e Movimento (nº6) – “Auto-Estima”

Apêndice XI– Plano de Sessão Terapia pela Arte (nº1) – “Autorretrato”

Apêndice XII– Plano de Sessão Terapia pela Arte (nº2) – “O Mundo que eu vejo”

Apêndice XIII– Plano de Sessão Terapia pela Arte (nº3) – “O meu percurso no internamento”

Apêndice XIV– Plano de Sessão Terapia pela Arte (nº4) – “As emoções no corpo”

Apêndice XV – Registo de Interação

1. Introdução

O presente trabalho surge no âmbito do plano de estudos do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e visa apresentar o percurso realizado durante o ensino clínico para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP). Enquanto trabalho que permite reunir e analisar as competências desenvolvidas nos dois contextos de estágio, o relatório de estágio apresentará a descrição e reflexão fiel de um caminho vivenciado em cada contexto, analisando as intervenções de enfermagem realizadas, à luz das influências teóricas de Hildegard Peplau.

Os contextos de ensino clínico encontram-se revestidos de grande importância para o percurso formativo do estudante, na medida em que estes se traduzem num espaço e tempo de trabalho, mas também de partilha, aprendizagem, observação e avaliação, onde é possível aliar os conhecimentos teóricos à prática, culminando no desenvolvimento de competências fulcrais para o desempenho da profissão. Acresce às vivências em contexto clínico, o fenómeno recíproco e interativo de consciencialização das competências a desenvolver na prática e os conhecimentos obtidos na mesma, assumindo assim que os conhecimentos teóricos têm implicação na prática, mas também a prática é determinante para o processo de aprendizagem (Silva & Silva, 2004).

Benner (2001) salienta que a experiência é um elemento essencial para se ser enfermeira perita, no entanto, descreve que a mesma não se subjeta apenas às experiências vivenciadas, mas engloba o olhar crítico e maleável que se apresenta face à *praxis*, que por norma, é mais complexa do que aquilo que a teoria explícita, proporcionando assim realidades diversas e, conseqüentemente, uma reaprendizagem da teoria. Assumindo o enfermeiro especialista enquanto enfermeiro perito, considero que os caminhos percorridos no decorrer dos contextos de estágio permitiram-me adquirir e desenvolver competências, em especial, as competências específicas do EESMP, tendo na sua génese os conhecimentos teóricos, mas também, a aprendizagem experiencial que desencadeou um processo reflexivo, essencial à construção da identidade de enfermeiro perito/especialista.

Assim, o percurso formativo desenvolvido nos contextos de estágio foram ao encontro destas premissas, e o presente relatório visa espelhar este caminho, de dúvidas e incertezas, mas também de crescimento e de surpresas, tendo também

outra meta clara e definida: procurar dar resposta à problemática do projeto idealizado no semestre antecedente.

No início desta viagem de descoberta e crescimento, bem como ao longo do meu percurso profissional, deparei-me com inúmeras problemáticas que inquietavam a minha essência enquanto enfermeira. Estas problemáticas permitiram-me refletir sobre mim, enquanto pessoa e enquanto enfermeira, proporcionando momentos de partilha e aprendizagem com mestres de profissão. A integração neste curso de mestrado permitiu-me debruçar sobre uma destas inúmeras problemáticas, cuja motivação se adensou quando exerci funções numa unidade especializada de cuidados de saúde mental a adolescentes e jovens. A motivação era, e é, profissional, mas transporta-nos para a esfera pessoal, na medida em que no autoconhecimento que mora a sensibilidade e a sabedoria para compreender, aceitar e cuidar do Outro.

Assim, os Comportamentos Auto-Lesivos (CAL) em adolescentes afiguraram-se como uma das minhas maiores preocupações, dando o mote para o desenvolvimento de um projeto de estágio que procurasse identificar estratégias de intervenção do EESMP com esta população, e que pudessem ser replicadas nos diversos contextos profissionais. Não só de falta de conhecimentos se inscreveu esta motivação, mas também de como *ser* e *estar* perante o adolescente, que em sofrimento mental, adota este comportamento. Guerreiro & Sampaio (2013) corroboram a carência de modelos de intervenção, afirmando que “em grande carência (a nível global) estão os estudos intervencionais, investigando a utilização de programas de prevenção e tratamento deste importante problema que afeta uma elevada proporção dos nossos jovens” (p.211).

Esta inquietação pessoal e profissional identificada, vai também ao encontro da prevalência dos CAL enquanto sintomatologia da esfera suicidária, que tem aumentado nos últimos anos nesta população-alvo e que constituem um problema de saúde pública, tendo tido particular destaque no que diz respeito à sua identificação e prevenção, tanto no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013-2017), como numa das metas a atingir do Programa Nacional para a Saúde Mental (2013-2017), com extensão até 2020.

Os CAL traduzem-se num comportamento deliberado realizado por uma pessoa que tem intenção de provocar lesões a si mesmo, podendo existir ou não, intenção suicida (Guerreiro & Sampaio, 2013). Desta forma, temáticas como o suicídio e os CAL são indissociáveis, premissa na qual assentou o projeto de estágio.

O suicídio é considerado, a nível global, a segunda causa de morte nos adolescentes, e em Portugal, apesar de apresentar uma das mais baixas taxas a nível Europeu, autores afirmam que este problema é apenas a “ponta visível do iceberg”, pois maioritariamente ocultos, mas muito prevalentes, encontramos os CAL, enquanto comportamentos autodestrutivos (Guerreiro & Sampaio, 2013, p. 205).

Estudos estatísticos realizados na temática evidenciam que esta problemática tem aumentado de forma alarmante, sendo que em 2008, os dados apontavam para uma prevalência de 11,5% em adolescentes que tinham realizado CAL no último ano, e dez anos mais tarde, em 2018, o mesmo indicador apresenta uma prevalência de cerca de 20% (OECD/EU, 2018; Santos, 2014 ; Guerreiro & Sampaio, 2013; Madge, Hewitt & Hawton, 2008).

Guerreiro & Sampaio (2013) afirmam ainda que a realização de CAL, com ou sem intencionalidade suicida, constituem um fator de risco de importantíssima relevância no suicídio, sendo identificados em 40% dos suicídios consumados. Assim, e considerando que adolescentes com antecedentes de CAL se afiguram como fator de risco para realização de tentativas de suicídio futuras, torna-se emergente o estudo desta problemática e a intervenção de profissionais de saúde enquanto agentes promotores da saúde mental, exigindo posterior encaminhamento desta população-alvo para contextos de saúde adequados (Guerreiro & Sampaio, 2013). Assim, tornou-se claro o objetivo deste projeto de estágio – a procura de intervenções de enfermagem mais adequadas para a prevenção e redução dos CAL nos adolescentes.

De acordo com as premissas acima descritas e os objetivos do projeto de estágio, realizei estágio numa instituição de saúde mental e psiquiátrica da região de Lisboa, em contexto de internamento, entre 24 de setembro e 12 de novembro de 2019. A unidade de internamento referida assume-se como um espaço destinado a cuidados de saúde mental da infância e adolescência, cuja população-alvo e problemática do projeto iam ao encontro da população internada neste contexto. Já o estágio em contexto comunitário aconteceu também numa instituição de saúde mental e psiquiatria na região de Lisboa, em concreto, numa unidade especializada de cuidados de saúde mental na primeira infância, tendo decorrido entre 27 de novembro de 2019 e 7 de fevereiro de 2020.

Embora com populações-alvo diferentes, os contextos de estágio foram locais ricos de aprendizagem, mas também de descoberta de modelos de intervenção diferenciados e adequados às problemáticas de cada faixa etária. Em contexto hospitalar, os objetivos de estágio passaram por identificar as intervenções de

enfermagem mais adequadas para a prevenção e redução de CAL em adolescentes, descritas na literatura, avaliando o seu impacto na população-alvo; e o desenvolvimento de intervenções de enfermagem psico e socioterapêuticas identificadas como adequadas na prevenção e redução de CAL em adolescentes, neste caso, com recurso à arte-terapia e dança-terapia. A maioria das temáticas subjacentes às atividades socioterapêuticas encontravam-se relacionadas com o corpo, auto-estima e expressão emocional, conceitos associados aos CAL.

No que diz respeito ao contexto comunitário, os objetivos passaram por identificar intervenções de enfermagem de promoção de saúde mental e psiquiátrica na primeira infância, bem como os diferentes tipos de vinculação, articulando estes conceitos com o seu impacto futuro na adolescência.

Desta forma, o presente relatório encontra-se organizado e dividido em quatro partes essenciais: a primeira parte, em que é apresentado de forma clara e objetiva os conceitos subjacentes à problemática evidenciada e que sustentaram o percurso formativo desenvolvido em contexto de estágio, seguido da sua interligação com o modelo teórico de enfermagem que foi o alicerce das intervenções realizadas nos contextos; a segunda parte, em que, de forma individual, serão caracterizados os contextos de estágio e será analisado o desenvolvimento das competências do EESMP, recorrendo, sempre que possível, à identificação de atividades realizadas; uma terceira parte, que pretende dar resposta à problemática identificada, e por último, uma parte destinada ao balanço face ao caminho percorrido, fazendo alusão às dificuldades e limitações, mas também aos ganhos adquiridos para o futuro.

O presente trabalho encontra-se redigido de acordo com o acordo ortográfico em vigor e referenciado de acordo com a 6ª Edição das Normas da American Psychological Association (APA) (2018).

2. A problemática dos Comportamentos Auto-Lesivos e a Adolescência

2.1. A Adolescência

A adolescência afigura-se como uma etapa de desenvolvimento e maturação entre a infância e o início da vida adulta, e, apesar de no mundo ocidental corresponder à faixa etária entre os 12 e os 20 anos de idade, não existe consenso no que diz respeito ao seu início e fim. No entanto, de acordo com World Health Organization (WHO) (2014) a adolescência decorre no período entre os 10 e os 19 anos de idade. Estas oscilações referentes à faixa etária da adolescência estão intimamente ligadas às diferenças entre contextos socioeconómicos, culturais, geográficos e etnias (Guerreiro & Sampaio, 2013; Ferreira & Nelas, 2006).

Caracterizada como um processo de desenvolvimento marcado pelas mudanças fisiológicas e psicossociais, a adolescência é “um período de tempo que envolve perdas e ganhos, que envolve flutuação e o estabelecimento de novas maneiras de pertencer, e que envolve a aceitação de uma imagem do corpo em mudança, como resultado do início da puberdade” (Roberts, 1998, citado por Ferreira & Nelas, 2006, pág.144.).

Influenciada fortemente pela interação do adolescente com os vários contextos que o rodeiam, bem como pelas relações estabelecidas até então, a adolescência é uma etapa do ciclo de vida vivenciada na singularidade de cada adolescente, não tendo que ser vivida como um período difícil pelo próprio, razão pela qual se torna impossível o estabelecimento de um processo padrão no que concerne ao início e ao fim desta etapa, bem como ao seu desenvolvimento (Guerreiro & Sampaio, 2013).

De facto, a concetualização da adolescência pode assumir vários contornos, por via das diferentes correntes teóricas que sustentam a sua definição. No entanto, apesar das várias especificações que essas correntes teóricas possam apresentar, é consensual entre todas que o adolescente, nesta etapa muito particular do seu desenvolvimento, caminha no sentido de se autonomizar dos pais e de criar a sua individualidade, desvinculando-se de um mundo infantil, criando o seu próprio mundo com foco na orientação para o futuro (Ferreira & Nelas, 2006).

Esta fase, caracterizada também pelo aumento da necessidade de regulação afetiva e comportamental, é vivenciada pelo adolescente como um período de vulnerabilidade, em que as mudanças físicas, psicológicas, sociais e cognitivas emergem a uma velocidade atroz que podem desencadear uma crise, onde acontece

um conflito interno, vivenciado em maior ou menor grau pelo adolescente. Esta crise está intimamente ligada com a reorganização dos diferentes acontecimentos e mudanças que vão surgindo, podendo ser percebida pelo adolescente como uma decepção ou como uma conquista pessoal (Nobre-Lima, Castilho & Barreira, 2017; Sousa, 2017).

Do ponto de vista psicanalítico, a adolescência traduz-se num processo doloroso, mas essencial ao desenvolvimento humano, em que o adolescente se vê obrigado a substituir a separação parental pela individualização. Se por um lado o adolescente se vê num conflito de gerações, vivencia também o abandono às primeiras ligações de objetos de amor, investindo em objetos fora do contexto familiar. Outros autores de correntes teóricas analíticas concetualizam este processo como um processo de luto, em que o adolescente abandona gradualmente o objecto perdido “envolvendo também, processos de internalização de elementos de relação com o objecto a ser abandonado e adquirindo o significado de emancipação” (Ferreira & Nelas, 2006, p. 148). Max Sugar (1968) citado por Ferreira & Nelas (2006) descreve este processo como luto normal do adolescente, caracterizando-o em três fases: separação-protesto (adolescência inicial); desorganização, rebelião, vazio e depressão (adolescência média) e reorganização – acalmia (adolescência tardia).

Esta definição do processo de luto vivenciado pelo adolescente, e dando particular ênfase à segunda fase marcada pela desorganização, o vazio e a depressão, vai ao encontro de pressupostos descritos por outros autores que afirmam que a adolescência, quando vivenciada de forma intensa, pode enveredar pela manifestação de comportamentos agressivos, impulsivos ou suicidas para resolução dos seus conflitos internos, em que o sofrimento psíquico se encontra fortemente presente (Salavessa, 2015). Nunes (2012) afirma que estes conflitos internos vivenciados na adolescência podem ter na sua base um carácter suicidógeno, levando ao desenvolvimento de situações de crise. Os comportamentos de risco vivenciados pelos adolescentes são frequentes e fazem parte desta etapa de desenvolvimento, no entanto, a sua intensidade e frequência podem premeditar um comportamento padrão recheado de consequências negativas que podem afetar o seu desenvolvimento e assim, desenvolver uma adolescência patológica (Guerreiro & Sampaio, 2013).

As perspetivas psicanalíticas incidem sobre o processo interno de individualização do adolescente, no entanto, não contemplam as relações entre o adolescente e os vários contextos que o rodeiam. Desta forma, faz também sentido observar esta etapa de desenvolvimento sob o ponto de vista sistémico, em que a

interação entre adolescentes e pais têm forte influência no processo de desenvolvimento e autonomização do próprio adolescente. Esta perspectiva vem realçar a importância do papel do contexto familiar, cujas percepções e expectativas parentais podem inibir ou induzir o processo de individuação e separação (Ferreira & Nelas, 2006).

Assim, a estrutura familiar e sua dinâmica tem forte influência no adolescente, podendo afetar a sua saúde e bem-estar (American Academy of Pediatrics, 2003). Santos (2014) realça ainda que a saúde mental dos jovens se encontra intimamente ligada com o funcionamento familiar, estando dependente de diversos fatores, como crises individuais, relacionais ou sociais.

2.2. A Adolescência e Comportamentos Auto-Lesivos

Os CAL reportam-nos para a antiguidade, existindo vários relatos da sua existência em diferentes culturas e população, descritos em casos clínicos, registos literários, registos artísticos e até em livros religiosos, como a Bíblia. No final do século XIX, o sociólogo francês Émile Durkheim tentava sistematizar conceitos na área do suicídio, e conseqüentemente, nos CAL, no entanto, a sua visão não permitia concetualizar este tipo de comportamentos sem intencionalidade suicida. Mais tarde, Karl Menninger tentou concetualizar os comportamentos de auto-mutilação, afirmando que estes comportamentos se traduziam num esforço do indivíduo para se curar a si mesmo, descrevendo que este era um suicídio parcial para evitar o suicídio completo (Guerreiro & Sampaio, 2013). Até então, a temática da esfera suicidária apenas incluía os suicídios consumados e as tentativas de suicídio, não contemplando os CAL sem intenção suicida. Apenas em 1975, acresce a essa diferenciação, a nomenclatura de lesões autoinflingidas deliberadas, na ICD-9, onde mais tarde, foi criada a categoria de “auto-lesão intencional”, caracterizada por lesões ou envenenamentos deliberados (Guerreiro & Sampaio, 2013, p. 208).

Em 1969, Kreitamn apresenta o termo parassuicídio, adotado posteriormente pela OMS (1996) que define como:

“um ato com resultado não fatal em que um indivíduo inicia um comportamento não habitual que, sem intervenção de outros, irá causar autolesão, ou em que ingere uma substância em doses excessivas em relação à dose prescrita ou à dose terapêutica habitualmente reconhecida, e que visa realizar mudanças desejadas pelo sujeito, através das conseqüências físicas reais ou esperadas”

(Guerreiro & Sampaio, 2013, p. 208)

Guerreiro & Sampaio (2013) descrevem que apesar de apresentar vantagens na investigação sobre a temática, esta definição apresenta-se pouco clara no que diz respeito à sua concetualização e foi assumida com diferentes contornos pelas várias equipas de investigação clínica. Traduzida para a língua portuguesa, esta nomenclatura utiliza o prefixo “para” que remete para “semelhante a”, podendo levar a interpretações como CAL enquanto “suicídio falhado” (p. 209). Mais recentemente, o estudo Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) realizado em sete países, abrangendo uma enorme amostra comparativamente a estudos realizados anteriormente, define CAL como:

“An act with a non-fatal outcome in which an individual deliberately did one or more of the following: initiated behaviour (for example, self-cutting, jumping from a height), which they intended to cause self-harm; ingested a substance in excess of the prescribed or generally recognised therapeutic dose; ingested a recreational or illicit drug that was an act that the person regarded as self-harm; ingested a non-ingestible substance or object.”

(Madge et. al., 2008, p.669)

Atualmente, não é consensual a nomenclatura utilizada para definir estes comportamentos, existindo discrepâncias no que diz respeito aos conceitos básicos, à sua terminologia e definição. Este debate na comunidade científica incide essencialmente sobre a intencionalidade suicida (ou não) dos CAL. Na literatura surgem dois conceitos com nomenclatura anglo-saxónica: “*Deliberate self-harm*” que define um comportamento deliberado de autolesão, não distinguindo se é ou não uma tentativa de suicídio e o termo “*Non suicidal self-injury (NSSI)*” que reporta para CAL sem intencionalidade suicida. O primeiro conceito apresenta uma forte limitação na medição da ideação suicida e assume diferentes formas de autolesão, enquanto que o segundo conceito se limita apenas à lesão do tecido corporal como cortes (*self-cutting*) e procedimentos associados como queimaduras e arranhões (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Assim, para melhor perceção concetual desta temática em Portugal, Guerreiro & Sampaio (2013), com recurso ao trabalho desenvolvido pelo grupo de trabalho do PNPS, adotaram como nomenclatura os CAL enquanto comportamentos sem intencionalidade suicida, que envolve comportamentos de autolesão intencionais diversos como cortar-se ou ingerir fármacos em doses superiores às doses reconhecidas ou substâncias não ingeríveis. Comportamentos que se afirmam com intencionalidade suicida, assumem a nomenclatura de Atos Suicidas que podem resultar em tentativa de suicídio ou suicídio consumado.

Embora a maioria dos autores concorde com esta separação de comportamento parassuicidário, Hawton, Saunders & O'Connor (2012) acrescentam que os CAL sem intenção suicida podem dar lugar a atos com maior intencionalidade suicida, o que nos reporta para a ligação entre CAL e suicídio, estimando-se que por cada suicídio, ocorram entre 100 a 200 CAL (Sousa, 2017; Santos, 2014; Hawton et.al., 2012).

Não obstante, a investigação científica realizada sobre a temática incide cada vez mais sobre a epidemiologia, fatores de risco e estratégias de prevenção dos CAL. Atualmente, a nomenclatura *Non suicidal self injury (NSSI)*, que diz respeito à prática de comportamentos que provocam auto-lesões no tecido corporal sem intencionalidade suicida, já se encontra definida como diagnóstico psiquiátrico na DSM-5 (Santos, 2014). No entanto, esta designação não reúne consenso na comunidade científica e clínica, como perspetivavam Guerreiro & Sampaio (2013), atribuindo críticas como: a dificuldade em muitos casos clínicos em identificar a presença ou intenção suicida; a exclusão de intoxicações; a desvalorização do ato ao considera-lo *non suicidal* quando este se assume como fator de risco para o suicídio, e por contribuir para a estigmatização de um conjunto de milhares de adolescentes no que diz respeito à atribuição de um diagnóstico, dando ênfase à lacuna existente no que concerne à identificação de causas e tratamento adequado e eficaz (Santos, 2014).

Assumindo diversas nomenclaturas na literatura como comportamentos autodestrutivos; violência autodirigida ou comportamentos auto-dano, os CAL encontram-se indissociáveis da temática do suicídio pois a sua correlação é evidente, sendo que a prevalência, repetição e severidade destes comportamentos se traduzem num risco acrescido de suicídio, podendo ser identificados antecedentes de CAL em 40% dos suicídios realizados (McAndrew & Warne, 2014; Guerreiro & Sampaio, 2013;). Estes dados são corroborados por Christiansen & Jensen (2007) citados por Santos (2014), que descrevem que indivíduos com antecedentes de CAL e de tentativa de suicídio são um grupo de risco de repetir comportamento, de realizar suicídio e de morte prematura.

Estudos sociodemográficos realizados sobre a temática revelam que estes comportamentos não são exclusivos de determinadas características físicas, etnia, sexo, idade, nível de educação, orientação sexual, crenças religiosas ou *status* económico, no entanto, têm sido identificados maioritariamente em adolescentes do

sexo feminino, caucasianas, onde o auto-dano implica infligir o próprio corpo (Nobre-Lima et. al., 2017; Hicks & Hinck, 2009).

Sabe-se, atualmente, que a prevalência de problemas de saúde mental em crianças e jovens continua a aumentar. Existe evidência nos dados mais recentes que revelam que as crianças e jovens que se encontram na situação de um diagnóstico de saúde mental aumentou de um para oito jovens em 2017 (Burton, 2019). Os CAL afirmam-se como uma problemática muito séria, e afiguram-se enquanto problema de saúde mental e de saúde pública, tendo sido identificado como um dos maiores problemas sociais e de saúde identificados nas crianças e jovens (Doyle, Treacy & Sheridan, 2015; DGS, s.d).

Muito embora este tipo de comportamentos se manifeste no período da adolescência, essencialmente entre os 13 e os 15 anos de idade, podem-se estender até ao fim da adolescência. Estudos apontam para que estes comportamentos possam permanecer na fase adulta, encontrando-se intimamente ligados a problemas de saúde mental como a depressão e a ansiedade (Nobre-Lima et. al., 2017).

O Estudo CASE, mencionado anteriormente, revelou que, em 2008, na faixa etária entre 14-17 anos, 11,5% dos jovens relataram um episódio de CAL no último ano, sendo que estes comportamentos assumem uma prevalência maior em raparigas (13,5%) do que em rapazes (4,3%). A maioria destes comportamentos ocorreu em casa, e o método mais comum foram cortes, provocando flebotomias (59,5% em raparigas e 44,3% em rapazes) seguida do excesso de substâncias (23,1% em raparigas e 19,5% em rapazes). A repetição deste tipo de comportamentos aconteceu em cerca de 50% dos adolescentes, sem diferenciação de sexo significativa, e cerca de 12,4% dos casos necessitaram de intervenção hospitalar. No que diz respeito aos motivos para a adoção deste comportamento, os adolescentes referem essencialmente três motivos: alívio do sofrimento mental (70,9%); ideação suicida (59%) e querer punir-se (43,6%) (Madge et. al., 2008).

No que concerne à prevalência em Portugal, os dados mais recentes têm como fonte os estudos da Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), que são realizados de quatro em quatro anos em vários países e em colaboração com a OMS, cujo objetivo é estudar os comportamentos dos adolescentes nos diferentes contextos de vida e a influência destes na sua saúde e bem-estar. Assim, dados da HBSC revelaram que entre 2010 e 2014 existiu um aumento do número de adolescentes que afirmou ter realizado CAL nos últimos doze meses - de 15,6% para 20,3%. Em 2018, esta variável sofre uma ligeira descida, com uma percentagem de 19,6% dos

adolescentes inquiridos. Estes adolescentes utilizaram como método preferencial a realização de cortes, e o CAL é realizado maioritariamente nos braços (62,5% em 2014 e 58,7% em 2018). Enquanto que em 2014 as raparigas realizaram mais CAL do que os rapazes, em 2018 a diferenciação de sexo não é, estatisticamente, significativa. Tanto em 2014 como em 2018, os adolescentes mais novos, que frequentavam o 8º ano de escolaridade, realizaram mais CAL do que os mais velhos (12º ano) (Matos & Social, 2018; Matos, Simões & Camacho, 2015).

Dados de 2014 revelaram que cerca de 60% dos jovens que realizaram CAL referiram sentir-se tristes e fartos (52,3%), e mais de 75% encontrava-se sozinho quando se magoou (Matos et al., 2015). Já em 2018, 27,6% dos adolescentes inquiridos revelaram sentir-se preocupados todos os dias e mais que uma vez ao dia, e 26,2% afirmaram sentir-se nada ou pouco confiantes em lidar com problemas pessoais, o que evidencia a problemática da regulação emocional nos adolescentes descrito por diversos autores (Matos & Social, 2018; Matos et. al., 2015).

No entanto, apesar dos dados apresentados e da elevada prevalência de CAL, importa realçar que, à semelhança dos dados estatísticos apresentados sobre as taxas de suicídio nos adolescentes darem apenas uma pequena visão do fenómeno, também os dados relativos aos CAL se apresentam incompletos, revelando apenas uma pequena parte da realidade (DGS, s.d.). A prevalência associada a este tipo de comportamentos mantém-se, tem tendência a evoluir e assume-se como uma problemática por vezes subvalorizada, na medida em que os CAL se apresentam, na sua grande maioria, ocultos às tentativas de suicídio e suicídio consumado (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Face ao aumento desta problemática junto de uma população que ultrapassa uma fase de desenvolvimento importante, vários têm sido os estudos realizados a nível internacional com o objetivo de compreender a sua etiologia, como se manifesta e quais as suas funções para o indivíduo. Desta forma, são vários os estudos existentes que permitem compreender, embora muitos de forma empírica, que tipo de comportamentos são estes, como se manifestam, quais os seus fatores de risco, e implicações, tendo a noção de que muito embora preditores de doença mental, estes podem acontecer em indivíduos sem patologia psiquiátrica. Assim, os CAL podem ser subdivididos em comportamentos de auto-dano propriamente dito, que incluem a infligção de lesões no próprio corpo como morder-se, beliscar, bater-se ou arranhar; comportamentos de auto-dano com recursos a objetos, como cortar-se ou queimar-se; ou comportamentos de auto-dano enquanto comportamentos de risco, como beber

em excesso, consumir estupefacientes ou ter um comportamento sexual promíscuo (Nobre-Lima et. al., 2017).

A preocupação da comunidade científica face a esta problemática, permitiu o desenvolvimento de modelos para explicação das funções destes comportamentos adotados pelos adolescentes. Suyemoto (1998) descreveu um modelo sistemático desta problemática através de seis sub-modelos explicativos: o modelo ambiental; o modelo de regulação emocional; o modelo anti-dissociativo; o modelo sexual; o modelo anti-suicídio e o modelo interpessoal. O modelo ambiental diz respeito à interação entre o adolescente e o contexto ambiental em que está inserido, em que os fatores ambientais são determinantes no surgimento e manutenção dos CAL, estando implicado fenómenos como o contágio, a imitação, a socialização e a seleção entre os pares, dando destaque ao CAL enquanto meio de comunicação num processo de iniciação social. O modelo de regulação emocional descreve que os CAL se assumem como um meio de comunicação para expressar emoções intensas e avassaladoras e conseqüentemente, um método de controlo emocional, corroborando opiniões de outros autores. O modelo anti-dissociativo vai ao encontro da premissa de que os CAL representam um meio de terminar com um estado de dissociação, onde o adolescente abandona a sensação da irrealidade e permite retomar à sua realidade através da dor física, que o faz sentir vivo (Jorge, Queirós & Saraiva, 2015).

Já o modelo sexual remete para a corrente psicanalítica, em que é descrito que os CAL desempenham “um papel de punição de pulsões sexuais ou de controlo do desejo ou da maturação sexual”, podendo ser um fenómeno sexualmente prazeroso à semelhança da masturbação (Jorge et. al., 2015, p. 208). No entanto, através da mesma corrente teórica, os CAL também se assumem como uma luta entre os impulsos agressivos e o instinto de sobrevivência. O modelo anti suicídio vai também ao encontro desta luta interna, pois os indivíduos não procuram morrer, mas sim regressar ao estado real, com o intuito de apaziguar o conflito interior. Por fim, o modelo interpessoal afirma que estes comportamentos estão associados à demarcação dos limites do *self* com os outros, por forma a assegurar a sua identidade, onde a pele enquanto barreira do *self*, quando cortada na realização de CAL permite delimitar “as fronteiras do corpo e de reintegrar o sentimento de um *self* fragmentado ao reativar a experiência tátil do ego corporal” (Jorge et. al., 2015, p. 209).

Já Nock & Prinstein (2005) apresentam um modelo dividido em quatro subtipos, por forma a explicar as funções deste comportamento. Assim, os autores defendem que a adoção destes comportamentos trazem a função de reforço automático negativo

(como por exemplo, parar os pensamentos negativos); reforço automático positivo (sentir algo, mesmo que seja dor, sentir-se vivo); reforço social negativo (evitar realizar algo que não se deseja ou mau); e o reforço social positivo (captar a atenção do próximo).

Para diversos autores, estes comportamentos parecem manifestar-se maioritariamente entre os 13 e os 15 anos de idade, e encontram-se particularmente associados à incapacidade e imaturidade de gerir as emoções e controlar os impulsos, que graças à fase de desenvolvimento que atravessam, caracterizada pela ânsia da descoberta e experimentação, assumem maior risco e envolvimento de estratégias de gestão emocional mais perigosas. Desta forma, a adoção de CAL nos adolescentes parece estar inscrita enquanto estratégias de regulação emocional quando se encontram presentes pensamentos e sentimentos negativos, e enquanto estratégia de *coping* mal adaptativo (Nobre-Lima et. al., 2017; Guerreiro, Cruz, & Frasquilho, 2013). É sabido que a adolescência se apresenta como uma fase de desenvolvimento encarecida de profundas transformações que se podem manifestar enquanto eventos stressantes para o indivíduo, em que se torna um verdadeiro desafio encontrar estratégias de *coping* para enfrentar as adversidades.

Para Guerreiro et. al. (2013) que cita Frydenberg (2008), estudos demonstraram que as estratégias de *coping* utilizadas por adolescentes remetem para o suporte social, espiritual, técnico (professores, psicólogos); investimento na relação com os pares; ações para resolução de problemas; esperança; pensamentos positivos; atividades distratoras; evitamento; sentimentos de culpa; consumo de álcool, drogas e cigarros, e agressividade. Assim, parece existir uma correlação evidente entre a dificuldade do adolescente em enfrentar os problemas e pensar sobre as suas emoções, e a adoção de CAL. De acordo com diversos autores, as estratégias utilizadas pelos adolescentes para lidar com as suas emoções envolvem: evitamento do problema; consumo de álcool e drogas; zanga; ruminação; sentimentos de culpa; desamparo; preocupação excessiva com os problemas; incapacidade de fazer algo e visão sombria da situação, estando estas associadas a elevado risco de repetição de CAL. Por outro lado, a adoção de estratégias de *coping* como: pedir ajuda; enfrentar e torna-se ativo na resolução do problema; planear estratégias; reavaliação positiva do problema; procura de apoio e orientação parecem afirmar-se como estratégias protetoras de CAL (Guerreiro et. al., 2013).

Estudos apontam que parece existir um padrão de relação nos adolescentes que têm este tipo de comportamentos, nomeadamente as dificuldades nas relações

com os outros e dificuldades psicossociais. Latina & Stattin (2017) afirmam que estes estudos descrevem que os adolescentes que se auto-infligem encontram-se envolvidos em interações hostis, mútuas, com os outros. Isto é, não só o adolescente que se magoa se encontra exposto à hostilidade dos outros no estabelecimento de uma relação, como também expõe o outro à sua própria hostilidade, contrariando assim a perspetiva de que só o adolescente é que se encontrava neste estilo de comunicação unilateral.

Os mesmos autores afirmam que as dificuldades interpessoais e psicossociais inscritas na relação com os outros têm na sua génese a dificuldade do adolescente em gerir as suas próprias emoções e impulsos, tal como afirmam Nobre-Lima et. al (2017) e Guerreiro et. al. (2013). Acresce à imaturidade emocional, a dificuldade em aceitar as emoções dos outros, bem como a incapacidade de atingir os padrões impostos pelo ambiente social em que se inserem, promovendo assim sentimentos de desesperança. Este sentimento de não pertença ao ambiente social que os rodeia pode configurar sentimentos de baixa auto-estima, impulsividade e raiva, considerados por Latina & Stattin (2017) a tríade das dificuldades interpessoais nos adolescentes que adotam CAL.

São sobre estas premissas que assentam os três modelos de explicação funcional deste tipo de comportamentos, proposto por Doyle, Sheridan & Treacy (2017). Para os autores, o modelo de regulação afetiva evidencia que o auto-dano tem como função aliviar os sentimentos negativos e emoções intensas como a raiva, o stress e a ansiedade, enquanto que o modelo de auto-punição apresenta o CAL enquanto comportamento que permite a expressão da agressividade e da hostilidade, patente nas interações entre o adolescente e os outros. É também proposto o modelo anti dissociação que perspetiva este comportamento enquanto instrumento de regulação emocional, trazendo física e emocionalmente sensações positivas que neutralizam os sentimentos de dormência e vazio interno (Doyle et. al., 2017).

No que diz respeito aos fatores de risco associados a este tipo de comportamentos, é difícil categorizá-los como sendo única e exclusivamente referentes aos CAL, pois, como já foi referido, a sua associação ao suicídio é inseparável, acrescentando o facto de os comportamentos suicidas serem fenómenos muito complexos e que englobam um conjunto de fatores (biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais) (Santos, 2014).

Alguns autores afirmam que os fatores de risco associados a este tipo de comportamento encontram-se inscritos na tríade: doença mental, fatores ambientais

e fatores pessoais. Assim, ter o diagnóstico de perturbação de personalidade borderline e antissocial; depressão; perturbação do comportamento alimentar; ansiedade; perturbação de adição de substâncias e perturbação do comportamento são consideradas como fatores de risco para a adoção destes comportamentos. No que confere aos riscos ambientais, encontra-se descrito que o contexto ambiental onde exista abuso físico, verbal, sexual ou relacional; negligência parental ou pais excessivamente autoritários; relação pai-filho pobre, com processos de vinculação inseguros; conflitos familiares; doença mental de cuidadores diretos; bullying; e interação social com pares que apresentem comportamentos da esfera suicidária, levando a modelamento social e contágio, são fatores predisponentes deste tipo de atos. Enquanto fatores pessoais, estes incluem baixa auto-estima e auto-imagem; solidão; dificuldade em expressar as emoções; instabilidade emocional; pensamento ruminativo; impulsividade e hostilidade (William, Monsman & Chadwell, 2018; Xavier, Cunha & Pinto-Gouveia, 2018; Nobre-Lima et. al., 2017).

No que concerne a fatores precipitantes para comportamento suicida a rutura amorosa e a discussão com os pais assumem-se como fatores principais, salientando ainda a dificuldade académica; a perda inesperada de uma pessoa importante; suicídio de familiares/amigos/ídolo e vítima de abusos ou *bullying*. Os recursos pessoais como a autoestima e mecanismos de *coping* assumem-se como fatores protetores ao adolescente, que permitem deter esperança e adotar uma postura positiva face às adversidades da vida quotidiana. O papel do seio familiar tem muitíssima importância, enquanto fator protetor, na medida em que se constitui num apoio de confiança, facilitador à comunicação e à estabilidade de relações. Os adolescentes descrevem que a participação em atividades desportivas ou de grupo e um ambiente escolar positivo, promovem o sentimento de pertença a um grupo ou comunidade, que se traduz numa perceção de integração e conseqüentemente um fator protetor de comportamento suicida (Santos, 2014).

2.3. Intervenção do EESMP e contributo das teorias de Enfermagem

Assumindo o papel do EESMP nesta problemática enquanto papel fundamental para auxiliar o adolescente a identificar emoções, sentimentos e reações comportamentais a processos intra e interpessoais vivenciados de forma desajustada e que causam sofrimento mental, torna-se igualmente importante realçar os contributos das correntes teóricas de enfermagem que norteiam a intervenção de enfermagem. Assim, faz sentido iluminar a intervenção do EESMP com os

pressupostos teóricos que descrevem a importância da relação nos cuidados de enfermagem de saúde mental.

Chalifour (2008) dá sentido à importância da relação para o ser humano, fazendo notar que é através das relações e da qualidade das mesmas que o ser humano percorre a sua vida. Estas relações acontecem com o ambiente que o rodeia, mas também consigo mesmo, afetadas de corresponder às necessidades exigidas. Estas relações são frequentemente invadidas por situações/estímulos, que podem trazer repercussões menos positivas na dimensão física ou psíquica, configurando assim pedidos de ajuda. Deste modo, e sabendo que é fundamental para a saúde mental da pessoa o estabelecimento de relações interpessoais significativas, a relação terapêutica, enquanto relação interpessoal, é a base do cuidado em enfermagem de saúde mental.

Neste sentido, a teoria das relações interpessoais de Hildgard Peplau assume-se como a teoria-mãe da prática de enfermagem na área da saúde mental e psiquiátrica, na medida em que é na relação entre cliente e enfermeiro que reside a essência desta teoria (Peplau, 1991). Embora extensível a outras áreas, a teoria de Peplau inscreve-se no paradigma da relação terapêutica, enquanto centro do processo de cuidados. Para a autora, todas as situações de cuidados se transformam em experiências de aprendizagem onde é fundamental para o enfermeiro reconhecer, clarificar e construir uma compreensão sobre o estabelecimento de uma relação com o utente (Peplau, 1991). Esta relação, vivenciada em conjunto, é uma relação assimétrica, na medida em que o enfermeiro mobiliza os seus conhecimentos e as suas características pessoais, para, enquanto instrumento terapêutico, suportar o cliente na gestão de processos de doença mental (Pereira & Botelho, 2014). Assim, as intervenções de enfermagem desenvolvem-se através do olhar sobre os eventos de vida, sentimentos e comportamentos do cliente (Santos & Cutcliffe, 2018).

Carl Rogers psicólogo clínico, foi quem deu os primeiros passos na conceptualização da relação de ajuda definindo-a como uma relação única e particular, centrada no outro e nas suas potencialidades, acreditando que o cliente, sendo um ser humano e único, possuirá os recursos necessários para evoluir e mudar (Rogers, 2009). Phaneuf (2005) e Chalifour (2007) corroboram esta premissa, salientando o papel de suporte e acolhimento da enfermeira, bem como a importância das trocas verbais e não verbais, que permitem auxiliar o cliente a reconhecer e mobilizar recursos para enfrentar as suas dificuldades. Assim, a inclusão e responsabilização do cliente no seu próprio processo de mudança, com o auxílio do

enfermeiro, traduz-se num processo dinâmico, terapêutico e interpessoal, que só é possível de acontecer com o recurso à interação de dois ou mais indivíduos, cujos objetivos são comuns.

Peplau desenvolveu a sua teoria, estruturando-a em quatro fases: a fase da orientação; a fase da identificação; a fase da exploração e a fase da resolução (Peplau, 1991). Estas fases, aliadas às fases da relação terapêutica, desenvolvem-se do mais superficial para o mais profundo e são influenciadas pela experiência do enfermeiro, mas também pelas suas características pessoais. Por isso, requerem “tempo, compreensão e perícia”, acrescidos de outras qualidades do enfermeiro, como o “respeito, gentileza, flexibilidade e suporte” (Pereira & Botelho, 2014, p.67).

A primeira fase da teoria de Peplau (1991) é a fase da orientação, pautada pelo primeiro contacto entre o cliente e a enfermeira, decorrente de um pedido de ajuda. Solicitar ajuda por identificar uma necessidade, sentida embora mal compreendida, constitui o primeiro passo para uma experiência dinâmica de aprendizagem, a partir do qual pode ser iniciado um processo de crescimento pessoal.

Nesta fase o cliente manifesta as dificuldades que está a vivenciar, e proporciona à enfermeira a oportunidade de compreender quais as carências de informação e de compreensão do problema. A par dessas dificuldades, a enfermeira, em conjunto com a equipa multidisciplinar, delinea um conjunto de intervenções que permitem orientar o cliente para a sua problemática. Marcada pela estranheza de ambos, é essencial que exista uma ligação inicial que proporcione o avanço para outras fases da relação. Assim, esta fase requer que a enfermeira se encontre disponível para escutar e conhecer o outro, recorrendo à simpatia terapêutica e ao contacto amistoso/afável, que embora intencionais, apelam à genuinidade que aproxima o enfermeiro do “*self* com fins terapêuticos” (Pereira & Botelho, 2014, p.69).

Com o evoluir da relação, a fase de identificação é descrita enquanto etapa em que o utente responde, de forma seletiva, aos enfermeiros que o ajudaram, identificando-os como pessoas afáveis, otimistas e úteis à resolução dos seus problemas (Peplau, 1991). Esta identificação com pessoas de ajuda nem sempre é fácil, e reporta a experiências de relações interpessoais traumáticas, sendo necessário que o processo de cuidar proporcione novas experiências e gratificantes, por forma a que o utente se identifique o suficiente para expressar os seus sentimentos (Peplau, 1991). Nesta etapa, deverá ser desenvolvido um processo de clarificação sobre os pré-conceitos e expectativas do utente face à enfermeira e suas capacidades para enfrentar a problemática. O utente inicia um processo de

aprendizagem, em que aprende a fazer uso da relação, na medida em que existe um processo de conhecimento mútuo, baseado no respeito e compromisso, onde as opiniões e diferenças individuais se refletem no modo como observam o problema. É aqui que a enfermeira recorre também aos seus conhecimentos teóricos, e às técnicas de relação de ajuda, para auxiliar o utente a mobilizar recursos da relação para solucionar o seu problema (Peplau, 1991). No entanto, apesar de mais afinada que a etapa anterior, a relação entre utente e enfermeira é ainda deficiente, sendo necessário proteger o que foi construído até então (Pereira & Botelho, 2014).

Após a identificação do utente com uma enfermeira que o ajudou e compreende a situação vivenciada, a relação entra numa fase em que o utente consegue utilizar os recursos que lhe são oferecidos. Nesta terceira fase, a fase da exploração, é objetivo retirar o maior partido da relação, explorando todos os bens e serviços que estão à disposição, com o intuito de obter ganhos benéficos para o utente. Peplau (1991) afirma que esta etapa representa todas as anteriores, e afirma-se como uma extensão do *self* do utente no futuro. Comparando com a fase da adolescência, a autora destaca a dificuldade de estabelecer um equilíbrio entre a convalescença ou necessidade de dependência de alguém, e a fase de recuperação, em que se tenta ser gradualmente independente. Em fase de recuperação, é natural vivenciar novos conflitos, mas é também objetivo que face a novas problemáticas, o utente possa utilizar os recursos aprendidos na relação e mobilizá-los em novas situações. Por fim, a última etapa, a etapa da resolução é a fase em que a relação termina, e são dados os primeiros passos para autonomização. Para que esta etapa seja atingida com sucesso, pode existir a necessidade de, gradualmente, o utente se libertar da identificação com a enfermeira, inicialmente realizada, para que possa tomar as suas próprias decisões e ser capaz de autonomamente, atuar por si (Peplau, 1991).

Assim, face aos pressupostos descritos sobre os alicerces da relação terapêutica é igualmente importante realçar que no âmbito profissional as relações de ajuda traduzem-se, por vezes, em momentos complexos e de difícil condução por parte do profissional. Como tal, é fundamental que o interveniente detenha um conjunto de conhecimentos e habilidades que o permita entrar em relação com o cliente e sustentar a intervenção que é realizada. Para tal, o interveniente deve ter um bom conhecimento de si, como afirma Chalifour (2007) “quanto maior a consciência-de-si que o interveniente possui, mais ampla é a informação de si com que está em contacto” (p.129).

Esta consciência-de-si permite ao interveniente estar inteiramente disponível, enérgico e com a disponibilidade intelectual e afetiva para aceitar e se relacionar com o outro. Rogers (2009) acrescenta ainda que o interveniente ao aceitar as suas experiências pessoais caminha para a aceitação das experiências dos outros, concluindo que “uma outra consequência desta aceitação (...) é que as relações se tornam reais” (p.29).

A capacidade de escutar sem julgar; de decifrar os silêncios ou as palavras ditas de forma indireta; de acreditar que as pessoas são capazes de se envolver em processos de mudança, que geram comportamentos saudáveis e positivos, são competências e também crenças que os EESMP devem desenvolver em si, por forma a desenvolver na prática estas ferramentas terapêuticas para assim, compreender melhor as necessidades dos seus clientes. Desta forma, é fundamental que as competências de comunicação na enfermagem de saúde mental e psiquiátrica sejam desenvolvidas, lado a lado com a empatia (Santos & Cutcliffe, 2018).

A empatia é difícil de conceitualizar sendo para vários autores o ato de comunicar com o Outro, procurando compreender o que o outro sente e como se sente. É a capacidade de ver através dos olhos e do coração. Muito embora descrita enquanto competência, a empatia pode afigurar-se enquanto atitude e ferramenta pessoal, que tem permitido a evolução da espécie humana ao longo dos séculos. Compreender o outro e auxiliá-lo a expressar a sua conceção e perceção do mundo, por forma a desencadear processos de mudança que permitam evoluir e desenvolver-se, é o propósito da empatia (Santos & Cutcliffe, 2018).

A escuta ativa, técnica também utilizada no contexto da comunicação não verbal, permite ao interveniente receber dois tipos de informação: a informação conceptual e a informação afetiva, ou seja, receber a palavra, mas também compreender de que forma esta palavra é sentida pelo outro. Como afirma Lazure (1994) “as palavras não podem traduzir a realidade total da experiência dos indivíduos” e como tal, é necessário utilizar não só a audição, mas também os outros sentidos para que possamos transmitir ao cliente que compreendemos o que nos foi dito (p.16). Para que esta técnica seja eficaz, o interveniente deverá assegurar condições ambientais favoráveis a essas trocas; deverá estar inteiramente disponível, intelectualmente e afetivamente; e estar atento às mensagens não verbais.

São sobre as premissas teóricas descritas até aqui que o modelo de cuidados de enfermagem deve assentar quando procuramos intervenções de enfermagem específicas para cuidar de jovens que adotam CAL. Neste sentido, foram realizados

alguns estudos sobre as causas e funções destes comportamentos, mas também sobre a perspetiva dos enfermeiros que cuidam desta população, e da perspetiva que esta população tem dos profissionais com quem interagem, seja em contexto familiar, escolar ou de saúde. É um facto que cuidar de adolescentes acresce o desafio para os profissionais de saúde, pois as dificuldades destes jovens podem estar relacionadas com patologia psiquiátrica, mas também com as próprias incertezas e dificuldades da adolescência, esta etapa tão crítica do desenvolvimento humano.

Burton (2019) afirma que a intervenção do enfermeiro ao cuidar destes adolescentes pode passar por adotar uma postura mais contentora, na medida em que um ambiente mais controlado pode proporcionar ao cliente as condições necessárias para expressar as suas emoções intensas, e, como afirmam Pereira & Botelho (2014) que citam Dziopa & Ahern (2009) poderá ser benéfico uma relação estilo *equal partner* – isto é, uma abordagem parceiro-igual, que permite o desenvolvimento de uma relação terapêutica de qualidade. Burton (2019) destaca enquanto intervenção de enfermagem prioritária a avaliação do risco de comportamento auto-lesivo e o aumento da vigilância nesta população, por forma a reconhecer os sinais de ajuda e a responder em cuidados de forma célere e eficaz, uma vez que a adoção destes comportamentos aumentam em 100 vezes a probabilidade de cometer suicídio no ano seguinte (Burton, 2019).

Alguns estudos realizados sobre a perspetiva dos enfermeiros face aos cuidados prestados a esta população, vêm reforçar conceitos que se encontram intimamente ligados com a formação e conhecimentos relativos à causa, tipo e funções dos comportamentos auto-lesivos. Enfermeiros revelam que adotam uma postura de medo e apreensiva quando cuidam desta população pois receiam que o que possam dizer ou fazer possa prejudicar o adolescente. Estas dificuldades encontram-se associadas à falta de conhecimento que detém sobre esta problemática, tendo sido sugerido que caso existisse mais formação neste âmbito, os medos e receios poderiam ser diminuídos e a confidencialidade poderia aumentar, traduzindo-se assim numa prestação de cuidados mais eficiente, segura e com qualidade, resultando em benefícios para os adolescentes (Doyle et. al., 2017; Thomas, 2017).

Doyle et. al. (2017) afirmam que a adoção dos CAL pelos adolescentes nem sempre são compreendidos e aceites pelos profissionais de saúde, inclusive enfermeiros que trabalham na área de saúde mental. Para além da falta de conhecimentos associados às causas, tipos e funções dos CAL, os adolescentes

reportam que alguns enfermeiros adotam posturas de contra atitude, gerando processos de reatividade, e por não se apresentarem disponíveis para ouvir, focam-se apenas na adoção deste comportamento e não na compreensão da causa. Assim, estas revelações evidenciam que, contrariamente ao que é indicado como modelo benéfico de intervenção, o processo de cuidar foca-se única e exclusivamente no comportamento realizado, e não na vulnerabilidade e sofrimento mental do adolescente que o conduziram ao comportamento. A adoção de posturas pouco compreensivas, bem como o desinvestimento levam a que os adolescentes sintam vergonha e incompreensão, e se sintam isolados num processo de doença mental.

Estas afirmações vêm dar destaque à importância de um modelo de intervenção de enfermagem centrado na pessoa e nas relações interpessoais, recorrendo aos pressupostos da teoria de Peplau e da relação terapêutica, mas recorrendo também às qualidades pessoais do enfermeiro que influenciam a relação terapêutica como a acessibilidade, a assertividade, a simpatia, a genuinidade, a disponibilidade, a honestidade, o respeito, a tolerância e a paciência, entre outras (Pereira & Botelho, 2014). Thomas (2017) e Wissow, Gadomski & Roter (2011) vão ao encontro da adoção deste modelo de cuidados, salientando que a empatia com o Outro pode ser aumentada através da prática de intervenções de enfermagem, proporcionando assim diminuição de stress psicossocial no adolescente.

É então fulcral que os enfermeiros adotem uma intervenção isenta de julgamentos; uma postura de escuta ativa, empática e compreensiva, e que envolvam o adolescente na tomada de decisão dos cuidados. Aliada à formação especializada, a prestação de cuidados de enfermagem deverá ser alicerçada em evidência científica e assim proporcionará cuidados individualizados (Doyle et al., 2017).

Carter, Callaghan, & Manning (2018) demonstraram que a formação especializada para profissionais de saúde sobre os CAL em adolescentes, contribui para a realização de intervenções de enfermagem mais adequadas e eficazes. Deste modo, torna-se evidente que a formação especializada para enfermeiros sobre esta problemática é fundamental bem como o desenvolvimento de competências de comunicação e relação, para que possam intervir com esta população frágil, de uma forma mais adequada às suas necessidades.

Foi graças à corrente teórica de H. Peplau e às influências de outros autores, que corroboraram as suas propostas, que o percurso desenvolvido em ensino clínico me permitiu a adoção de um paradigma de cuidados baseado num modelo holístico e centrado no adolescente, dando enfoque às suas reais necessidades e dificuldades.

3. Percurso desenvolvido em contexto de Ensino Clínico e articulação com competências do EESMP

Serve o presente capítulo para descrever o percurso desenvolvido nos dois contextos de estágio e sua articulação com o desenvolvimento e aquisição das competências específicas do EESMP.

Para que as atividades desenvolvidas sejam apresentadas de forma organizada, este capítulo estará dividido em duas partes, cada uma delas destinada a cada um dos contextos de estágio.

3.1. Contexto Hospitalar – Estágio em Instituição de Saúde Mental e Psiquiátrica da Região de Lisboa

O primeiro estágio foi realizado numa Instituição de Saúde da Região da Grande Lisboa, numa unidade de internamento especializada em cuidados de saúde mental a crianças e jovens, com idade compreendida entre os 0 e os 18 anos de idade. A realização deste estágio ocorreu entre 24 de setembro e 12 de novembro de 2019, tendo sido definidos os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

- Desenvolver competências gerais e específicas de enfermagem SMP para a prevenção e redução dos comportamentos auto-lesivos em adolescentes sem intencionalidade suicida.

Objetivos Específicos:

- Identificar as intervenções de Enfermagem mais adequadas para a prevenção e redução de CAL em adolescentes, descritas na literatura, avaliando o seu impacto na população-alvo;
- Desenvolver intervenções de enfermagem psico e socioterapêuticas identificadas como adequadas na prevenção e redução de CAL em adolescentes

❖ Caracterização da Unidade

A Unidade de Internamento encontra-se integrada numa das várias valências que constituem o Departamento da Mulher, Criança e Adolescente de um Centro Hospitalar da Região da Grande Lisboa, e tem como objetivo acolher, avaliar e intervir terapêuticamente em crianças e adolescentes até aos 18 anos de idade (exclusive). Tem capacidade máxima de internamento para 16 crianças e/ou adolescentes abrangendo uma área geográfica extensíssima, desde a Região de Lisboa e Vale do Tejo, até ao Alentejo e Algarve.

A sua atividade desenvolve-se com recurso a uma equipa multidisciplinar constituída por pedopsiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, psicomotricista, terapeuta ocupacional, enfermeiros e assistentes operacionais. A equipa de enfermagem, composta por 20 Enfermeiros, apresenta metade da equipa com o título de EESMP, enquanto que a restante equipa encontra-se em formação para a obtenção do mesmo. Estes dados vêm realçar a motivação profissional desta equipa bem como o investimento em formação especializada, que se traduz em cuidados especializados às crianças e jovens com perturbação mental.

Anexado a esta unidade, existem outras valências importantes de apresentar, como é o caso da Urgência de Pedopsiquiatria, inaugurada em 2018, que compreende uma equipa de 5 de enfermeiros que asseguram os cuidados de saúde mental em contexto de urgência, 24h por dia, proporcionando o devido encaminhamento das crianças e jovens que recorrem a este serviço. Esta é, atualmente, uma das vias possíveis para a admissão de uma criança/jovem na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria, existindo também a possibilidade de internamento eletivo por encaminhamento da consulta externa de pedopsiquiatria.

A unidade de internamento tem como principal objetivo proporcionar um ambiente terapêutico favorável ao desenvolvimento de um conjunto de intervenções terapêuticas, farmacológicas, sociais e pedagógicas, incorporadas num projeto terapêutico que é elaborado pela equipa multidisciplinar, criança e família, estando sujeito a avaliação e revisão diária (Almeida, Ferreira & Nabais, 2010).

Quando uma criança/jovem é admitida no internamento, é realizado por um enfermeiro o acolhimento da criança/jovem e sua família à unidade, explicando o funcionamento e organização da mesma. Posteriormente, é realizada a avaliação inicial ao utente, que integra a avaliação do estado mental, e são identificados os primeiros diagnósticos de enfermagem, tendo em conta as necessidades da criança ou jovem. É também nesta etapa que são confirmados os riscos clínicos do utente (risco de suicídio, risco de fuga, risco de agressividade), que terão sido avaliados em contexto de urgência através de formulário próprio, e que permitem identificar o risco clínico do utente, adequando assim os rácios e cuidados da equipa de enfermagem por forma a intervir de forma mais especializada e minimizar os riscos identificados. De seguida, é atribuído ao utente um médico responsável e dois enfermeiros de referência, preferencialmente, os dois EESMP. Esta atribuição de enfermeiros de referência, vai ao encontro das competências do EESMP e da metodologia de gestão de caso, em que é proposto que o EESMP elabore e supervisione os planos

individualizados de tratamento para pessoas com perturbação mental, apresentando-se como um exercício clínico centrado no utente e que envolve a sua participação e da restante equipa multidisciplinar, por forma a configurar-se benéficos para o cliente (Regulamento n.º 515, 2018).

Não obstante, os cuidados de enfermagem realizados nesta unidade são sustentados pela corrente teórica de Hildegard Peplau, e muito embora exista um projeto terapêutico elaborado pelo médico e enfermeiros de referência, o plano de cuidados de enfermagem é dinâmico e portanto, a equipa de enfermagem tem autonomia para intervir junto do cliente, tendo por base os princípios da tomada de decisão clínica e do processo de enfermagem, em que o enfermeiro tem autonomia para prescrever, implementar e avaliar intervenções (Sequeira, 2013).

A filosofia de cuidados desta unidade, inscrita nos fundamentos da teoria da relações interpessoais de Peplau, mas também com influência de Rogers, Lazure e Phaneuf e das suas propostas para os fundamentos da relação terapêutica, vêm dar destaque a um modelo de cuidados muito singelo e particular, que me confrontou, inevitavelmente, com modelos de cuidados de outros serviços de internamento da área de Saúde Mental.

O modelo de cuidados que se pratica nesta unidade vem demonstrar a importância dos pressupostos da relação terapêutica e da intervenção individual, mas também em grupo, e da utilização de diversos mediadores expressivos em atividades, que permitem fornecer à criança/jovem as ferramentas necessárias para dar resposta às suas necessidades, procurando assim diminuir o sofrimento mental. Assim, existe um conjunto de atividades que envolvem técnicas psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicoeducativas, que são planeadas pela equipa de enfermagem, com base em evidência científica e de acordo com as necessidades atuais de cada cliente ou do grupo.

Estas atividades são planeadas e realizadas por dois EESMP, indo, mais uma vez, ao encontro do regulamento das competências específicas do EESMP, elaborado pela Ordem dos Enfermeiros. Desta forma, semanalmente, são realizadas atividades terapêuticas, em grupo, cujas temáticas podem ser sugeridas pelo grupo ou identificadas pela equipa de enfermagem, de acordo com as necessidades emergidas no dia-a-dia. Essas atividades recorrem a mediadores expressivos como a dança e movimento, a arte e a expressão dramática, mas também podem assumir um objetivo psicoeducativo e psicossocial, como é o caso da atividade de culinária; terapia pelo cinema; a atividade de psicoeducação e a atividade de reunião comunitária.

No tempo livre disponível, a intervenção terapêutica com as crianças e jovens também acontece, em contexto individual ou grupal, com recurso a outros mediadores, como os jogos didáticos ou a música.

❖ **Intervenções de Enfermagem desenvolvidas**

No que concerne às intervenções de enfermagem desenvolvidas no decorrer neste percurso de estágio, estas incidiram sobre as propostas de intervenção apresentadas na literatura científica, enquanto modelos de intervenção eficazes na redução dos CAL em adolescentes, e na diminuição de fatores de risco como a ansiedade; a baixa auto-estima; as dificuldades na regulação emocional e as dificuldades associadas à aceitação da imagem corporal.

Neste sentido, e por forma a adequar as intervenções de enfermagem à problemática em questão e para poder compreender qual o impacto das mesmas na saúde e bem-estar desta população, no período deste primeiro contexto de estágio foram identificados os adolescentes cujo motivo de admissão compreendesse a adoção de CAL, ou cujos antecedentes fossem também CAL. No decorrer de todo o período de estágio, foram identificados 8 adolescentes, aos quais foi aplicado um questionário clínico e sociodemográfico, preenchido por mim, por forma a caracterizar o grupo de acordo com a sua idade e sexo, bem como para recolher dados clínicos importantes como o motivo de internamento; antecedentes pessoais de CAL; tipo de CAL (cortes, arranhões, beliscões, auto-agressão, etc.) e tipo de risco clínico identificado, bem como a sua gravidade (Apêndice I).

Importa realçar que os adolescentes que integraram este grupo de critérios encontravam-se internados no decorrer do período de estágio, embora com períodos de internamento diferentes e datas de admissão e de alta também diferentes. Por forma a assegurar a confidencialidade dos dados, a cada adolescente foi atribuído, aleatoriamente, duas letras para posterior identificação do mesmo na caracterização e apresentação dos dados sociodemográficos e clínicos.

Da análise sociodemográfica (Apêndice II) deste grupo, foi possível concluir que os adolescentes eram maioritariamente de sexo feminino (87,5%), com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos, sendo que a idade mais predominante são os 15 anos de idade (50%), onde a média de idades é de 14,5 anos.

Esta pequena caracterização sociodemográfica vem corroborar os dados apresentados na literatura científica, que afirmam que apesar deste tipo de comportamentos não escolher sexo nem idade nem outras características como a

etnia, nível socioeconómico ou cultura, é mais prevalente em raparigas do que em rapazes, e a faixa etária mais vulnerável para o surgimento desta sintomatologia é entre os 13 e os 15 anos de idade (Nobre-Lima et. al., 2017; Hicks & Hinck, 2009).

No que concerne aos dados clínicos, considerei que seria relevante caracterizar o grupo quanto ao motivo de internamento, antecedentes pessoais de CAL e sua evolução e ainda, o tipo de risco clínico identificado aquando a admissão ao internamento (Apêndice III). Estes dados permitiram concluir que a média de internamento foi de 27,5 dias, e que em todos, a adoção de CAL constituiu motivo para o internamento, apesar de não existir, até à data, correlação entre a duração de internamento e a evolução da sintomatologia. Em todos os adolescentes, com exceção de um elemento, a adoção de CAL não se configurou como único motivo para internamento, estando associado outra sintomatologia: a ideação suicida e a hetero-agressividade. Sob este ponto de vista, é possível identificar a correlação real entre a ideação suicida e a adoção de CAL tal como defendido por vários autores.

No que diz respeito à evolução de CAL enquanto sintomatologia, em cinco dos oito adolescentes identificados, a adoção deste tipo de comportamento tinha tido início, no mínimo, dois anos antes deste internamento, o que permite refletir sobre a escassa intervenção comunitária nesta população; e seis em oito utilizaram os cortes como método de auto-dano, método privilegiado nestes comportamentos, tal como apontam os estudos científicos.

Inicialmente os critérios de inclusão para este grupo contemplavam idade entre os 12 e os 17 anos; adoção de CAL como motivo de internamento e exclusão de ideação suicida. Estes critérios pretendiam uniformizar a nomenclatura (CAL sem ideação suicida) mas também dar ênfase às intervenções de enfermagem mais adequadas para os adolescentes que adotassem comportamentos de auto-dano, sem sintomatologia depressiva, que é tão frequentemente associada. No entanto, os motivos de internamento das crianças e jovens internadas no período em que decorreu o estágio foram diversos, e apenas uma adolescente apresentava como motivo de internamento a adoção de CAL sem ideação suicida, razão pela qual foi necessário reformular os critérios de inclusão.

Desta forma, nos critérios de inclusão foram incluídos antecedentes pessoais de CAL e também ideação suicida enquanto motivo de internamento, dado as fortes correlações entre os dois sintomas.

Esta mudança dos critérios e da orientação do projeto fez-me refletir sobre a necessidade de internamento de muitos adolescentes que se auto-infligem, mas que, por não apresentarem ideação suicida ou outra sintomatologia mais gravosa, não carecem de cuidados hospitalares, privilegiando-se assim a intervenção comunitária, que até então, se tem apresentado como insuficiente.

A identificação destes elementos prendia-se com a necessidade de identificar quais as intervenções de enfermagem mais adequadas para a diminuição dos CAL, no entanto, no decorrer deste caminho formativo, o desenvolvimento das minhas competências pessoais e também de futura EESMP passaram por também intervir junto de outras crianças e jovens. Foi este caminho de aprendizagem que me permitiu tornar toda esta viagem tão rica em conhecimentos e vivências, permitindo-me assim, ser tanto de mim quanto possível em todos os dias de cuidados. Nesse sentido, para além do conjunto de intervenções de enfermagem individuais que apresentarei de seguida, procurei encontrar sentidos e pontos cardeais junto das orientadoras clínicas e também da professora orientadora, recorrendo à realização de reflexões, de carácter semanal, e também de momentos de supervisão, que me permitiram esclarecer dúvidas e desmistificar medos e receios, potenciando assim a prática reflexiva¹.

Posto isto, foi fundamental identificar junto da comunidade científica intervenções focadas naqueles que parecem ser os conceitos de génese de adoção deste tipo de comportamentos nos adolescentes: a ansiedade; a baixa auto-estima; a desregulação emocional e a dificuldade na aceitação da representação corporal/auto-imagem. No campo da gestão emocional, as intervenções encontradas na literatura científica vêm reforçar a importância da terapia dialética comportamental, de grupos terapêuticos de regulação emocional e da terapia cognitiva comportamental, enquanto armas para auxiliar o adolescente a identificar e gerir as suas emoções, produzindo assim, efeitos nas suas estratégias individuais, e consequentemente, na diminuição do risco e da adoção de CAL (Bjureberg, Sahlin, & Hellner 2017). Muito embora o meu percurso formativo não tenha sido, até ao momento, complementado com formação especializada nas técnicas e terapias acima descritas, é possível identificar que estas técnicas ou modelos de intervenção preenchem-se de um conjunto de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que se afiguram como relevantes na diminuição do sofrimento mental, razão pela qual, a evidência apresentada vai ao encontro das

¹ **Unidade de Competência F1.1.** – Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas

competências do EESMP, e foram, também elas, o modelo da minha intervenção no decorrer deste estágio. Numa revisão sistemática da literatura e meta-análise, Ougrin, Tranah & Stahl (2015) apresentaram dados importantes no que concerne à avaliação das intervenções terapêuticas na redução dos CAL em adolescentes e também na diminuição de comportamentos suicidários na mesma população. A comparação de estudos interventivos e sua eficácia na redução destes comportamentos em adolescentes vêm salientar a importância e o benefício terapêutico da utilização de técnicas terapêuticas em substituição do tratamento habitual, revelando que estas apresentam uma diminuição de quase 5% do risco de adoção de CAL.

Outro exemplo benéfico para esta população é a utilização de um modelo de solução de problemas. Este modelo de intervenção envolve praticar as competências e atitudes necessárias para o desenvolvimento de uma atitude ativa e assertiva na resolução de problemas. Também as terapias cognitivas - comportamentais utilizam na sua gênese algumas intervenções, que de forma separada, podem ser utilizadas, quer em contexto psicoterapêutico, quer em contexto socioterapêutico, como por exemplo o desenvolvimento de competências no campo da gestão emocional; desenvolvimento de competências sociais e de resolução de problemas; e realização de sessões entre pais e filhos, promovendo assim uma maior e eficaz comunicação entre ambos (Washburn, Gadowski & Roter, 2012).

Assim, o desenvolvimento destas competências parece ser, para um conjunto de peritos, o aspecto central no que concerne ao projeto terapêutico delineado para os adolescentes que se auto-infligem. Este modelo de intervenção terapêutica foca o desenvolvimento de competências interpessoais, de comunicação e de gestão emocional, conceitos que se afiguram como sendo a causa ou o fator de risco para o surgimento de sentimentos de tristeza, raiva, impulsividade, stress e ansiedade, que consequentemente podem levar a adoção de comportamentos de auto-dano.

Deste modo, no decorrer deste percurso de estágio, procurei aliar o modelo de intervenção terapêutica até aqui descrito, aos fundamentos teóricos do modelo de enfermagem psicodinâmica de Peplau e da relação terapêutica. As intervenções descritas neste modelo, bem como a influência das correntes teóricas mencionadas, foram os alicerces deste percurso com vista ao desenvolvimento das competências do EESMP. Estes pressupostos permitiram-me intervir junto do grupo de adolescentes identificado, mas também das outras crianças/jovens internadas, proporcionando assim o aumento de conhecimentos nas diversas problemáticas de saúde mental, tornando o percurso mais rico em vivências.

Tendo em conta o modelo teórico de Peplau, que guiou as minhas intervenções durante todo o percurso de estágio, na primeira fase da relação, apresentei-me aos adolescentes e, sendo este o primeiro contacto, adotei uma postura empática, mostrando-me totalmente disponível para escutar as suas verdadeiras preocupações. Por ser, para alguns, um elemento estranho no ambiente terapêutico, foi importante clarificar o meu papel na relação por forma a desenvolver uma aliança terapêutica.

A relação com estes utentes foi muitas vezes para mim, um desafio pessoal, na medida em que os limites da relação terapêutica não se encontravam definidos. Em muitos momentos, debati-me com o meu próprio conceito de vida e a sua relação com o adolescente, que se auto inflige, colocando em risco a sua própria vida, e os pré-conceitos e estigmas que detinha, que poderiam colocar em risco os princípios da relação terapêutica, bem como provocar sofrimento no Outro, em especial nesta população, que descreve sentimentos como a angústia e desvalorização, não se sentindo compreendidos pelos técnicos.

Assim, foi fundamental neste percurso recorrer à prática reflexiva, escrevendo semanalmente, e até em pequenas notas de campo, diárias, textos reflexivos que, em momentos individuais com as orientadoras clínicas e com a professora orientadora, me permitiram dar conta do que vivencio na relação, do que transporto de mim para a relação e de como isso pode afetar a intervenção². Estas reflexões permitiram-me focar na competência de auto-conhecimento, auxiliando-me a desenvolver uma intervenção terapêutica isenta de julgamentos, sem acusações, calma e competente, privilegiando técnicas de comunicação e de escuta ativa (Apêndice IV).

É ainda na primeira fase da relação que é formulado um projeto terapêutico, com vista a prevenir a escalada de comportamentos de auto-dano; reduzir ou eliminar os CAL e o risco clínico; e devolver ao adolescente a sua funcionalidade social e ocupacional, promovendo assim a qualidade de vida. Este projeto, desenvolvido pela equipa multidisciplinar, em especial pelos dois enfermeiros de referência do adolescente e médico assistente, permitem delinear um projeto com objetivos realistas e a curto-prazo, onde o envolvimento do adolescente em todas as fases, bem como a clarificação dos papéis e responsabilidades de cada elemento envolvido, é a chave.

Neste campo, apesar de não ter sido o técnico de referência de nenhum utente, tive a oportunidade de estar presente em duas das reuniões diárias que acontecem

² **Unidade de Competência F1.1.** – Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas. **Critérios de Avaliação – F.1.1.** – Identifica no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar. **F.1.2.** – Gere os fenómenos de transferência e contra-transferência, impasses ou resistências e o impacto de si na relação terapêutica

em conjunto com a equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar, em que foi possível assistir à criação e reformulação de um projeto terapêutico. Apesar de não participar diretamente na elaboração do mesmo, foi importante tomar conhecimento do projeto terapêutico de um adolescente em particular, para, em intervenção dual, trabalhar os objetivos do mesmo³.

Foi também importante esclarecer, junto dos adolescentes com quem intervimos, os meus limites e responsabilidades enquanto profissional de enfermagem face à informação e confidencialidade, no que concerne à adoção de CAL. No que concerne aos limites de confidencialidade, os peritos defendem que deve ser transmitido ao adolescente que esta deve corresponder a alguns itens, especialmente por ser menor. Isto implica compreender se o princípio da confidencialidade não se sobrepõe à segurança do adolescente (ex. se o adolescente apresentar elevado risco de suicídio, deverá sobrepor-se ao princípio da confidencialidade); de salvaguarda do adolescente (em processos de envolvam a Comissão de Proteção a Crianças e Jovens), e sobre o que é transmitido e porquê, em especial, aos restantes colegas da equipa⁴. Nesta matéria, os cuidadores dos adolescentes, familiares e técnicos de instituições de cariz social com quem tive a oportunidade de intervir, detinham conhecimento sobre o tipo de CAL e sua frequência, no entanto, não conheciam as suas funções e gravidade.

Assim, tendo em conta que um dos objetivos do projeto terapêutico destes adolescentes passava pela psicoeducação e intervenção familiar/cuidadores, tive a oportunidade de assistir às visitas de pessoas de referência ao adolescente, e de, em alguns momentos, realizar ensino sobre os CAL e suas funções no adolescente.

Para além da intervenção psicoeducativa, a presença física no período das visitas permitiu-me observar e participar como agente mediador de relação dos cuidadores com os adolescentes, possibilitando uma avaliação holística dos cuidados⁵.

38

³ **Unidade de Competência F3.4.** Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados. **Critérios de Avaliação F3.4.5.** – Elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: Aumentar e manter as suas competências e capacidade, diminuindo o risco de incapacidade; Manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; Promover e reforçar as capacidades das famílias.

⁴ **Unidade de Competência F3.1.** Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade. **Critérios de Avaliação F3.1.1.** – Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental. **F3.1.8.** Avalia o potencial de abuso, negligência e risco para o próprio e os outros, nomeadamente relativo a suicídio, homicídio e outros comportamentos autodestrutivos, de forma a ajudar os clientes e famílias a assegurar um ambiente o menos restritivo possível que garanta a segurança para o cliente e terceiros.

⁵ **Unidade de Competência F3.1.** Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade. **Critérios de Avaliação F3.1.1.** – Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental.

A postura e ambiente contentor, descrita pelos peritos como uma técnica a utilizar com adolescentes com esta problemática, foi também uma intervenção realizada. Graças à avaliação do risco clínico, os rácios da equipa de enfermagem são ajustados por forma a assegurar o maior acompanhamento e vigilância dos utentes, de acordo com o nível de gravidade do risco identificado. Assim, no grupo identificado, todos os adolescentes apresentaram uma avaliação do risco de Muito Alta, com necessidade de vigilância permanente e de intervenções psicoterapêuticas. Do grupo identificado, 75% dos adolescentes apresentavam Risco de Auto-Agressão com gravidade de Muito Alto, necessitando assim de vigilância permanente, acesso a um especialista de saúde mental 24 horas por dia e disponibilidade de salas que promovessem a privacidade, confidencialidade e segurança.

Apesar de ser considerada para alguns autores como uma invasão da privacidade e infração dos direitos humanos, a vigilância permanente confere maior prioridade no direito de proteger a vida. Assim, com vista a minimizar substancialmente o risco e a promover o *milieu therapy*⁶, assumi presença constante junto dos adolescentes que detinham Muito Alto Risco de auto-agressão, agressividade ou ideação suicida, promovendo, sempre que possível, intervenções psicoterapêuticas num espaço privado, muitas vezes com recursos a jogos como mediadores na intervenção dual.

No decorrer do percurso de estágio, as intervenções descritas permitiram um ambiente terapêutico contentor e potenciaram a mudança pessoal de muitos dos adolescentes, que resultaram na redução de CAL, e em alguns, da eliminação desses comportamentos. Deste grupo de oito adolescentes identificados, apenas um elemento do grupo adotou um CAL, sob a forma de auto-agressão (bater-se). Os restantes apresentaram apenas sintomatologia associada ao CAL, como tal, procurei intervir precocemente, com recurso a atividades terapêuticas, momentos individuais, técnicas de distração e ocupação, por forma a potenciar o adolescente a encontrar novas estratégias de *coping*, alternativas ao auto-dano⁷.

No que confere a momentos de crise, como o que foi vivenciado pelo elemento que adotou CAL, os peritos afirmam que utilização de quartos de isolamento/confinamento em situações de crise parece desenvolver efeitos adversos

39

⁶ *Milieu therapy* – utilização do ambiente físico e relacional para promover interações terapêuticas e resultados positivos no cliente (Delaney, 1997)

⁷ **Unidade de Competência F3.4.** Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados. **Critérios de Avaliação F3.4.1.** Concebe 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. **F3.4.2.** Monitoriza a segurança do cliente e faz avaliação contínua para detetar precocemente mudanças no estado de saúde mental, intervindo em situações de urgência psiquiátrica.

na contenção do comportamento de auto-dano. Assim, salientam que caso surja a necessidade de utilização do quarto de isolamento/confinamento, deverá ser utilizado por um curto período de tempo e na proporção de 1:1, com presença de um técnico especializado. No decorrer do período de estágio, vivenciei momentos de intervenção em crise com alguns elementos do grupo de adolescentes identificado, mas também com outras crianças/jovens, com necessidade de recorrer ao quarto de isolamento/confinamento para expressar a agressividade e emoções. Estas intervenções decorreram da avaliação do estado mental e do risco identificado de auto e hetero-agressão destes utentes, em que foram utilizadas outras técnicas como a técnica de contenção física⁸, a técnica de *de-escalation*⁹ e a técnica de *holding*¹⁰.

Em conjunto com os adolescentes com quem intervimos, procurámos identificar estratégias de distração, de ocupação e de expressão emocional, para utilizar em situação de crise. No decorrer do estágio, pude constatar que em situações de crise, muitos dos adolescentes procuravam refugiar-se no computador, utilizando a internet para ouvir música ou aceder a conteúdos de natureza mais melancólica ou triste, em vez de pedir ajuda a técnicos ou de recorrer a outras estratégias.

Assim, nesses momentos, procurei realizar ensino sobre a utilização da internet, que, a ser utilizada, deve ter em conta informação fidedigna como sites de informação ou linhas de apoio, e deve ser investida de conteúdos mais benéficos e positivos para o adolescente. Procurei igualmente reforçar a importância de pedir ajuda em situação de crise, e de recorrer a estratégias pouco habituais para estes adolescentes, mas igualmente eficazes. Também nesses momentos individuais, reforcei positivamente o trabalho e percurso individual desenvolvido no internamento, por forma a enaltecer os aspectos positivos, que embora difíceis de encontrar, também acontecem em situação de crise¹¹.

40

⁸ – **Contenção física** – “situação em que uma ou mais pessoas da equipa terapêutica seguram um doente, deslocam ou bloqueiam o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco” (DGS, 2011,p.3)

⁹ – **Técnica de-escalation** – conjunto de técnicas a utilizar quando o cliente se apresenta agitado e/ou agressivo, confinando-o a um espaço controlado, com o menor de estímulos e riscos ambientais. Através destas técnicas, o técnico intervém com o cliente com o intuito de promover a expressão de emoções e sentimentos bem como a libertação de tensões, promovendo a diminuição da agressividade (Cavalcante & Humerez, 1997).

¹⁰ – **Técnica de holding** – com base na teoria do apego e do modelo de Winnicott, a técnica de holding, em parte, procura reparar a disrupção que aconteceu nos primeiros anos de formação entre a criança e o cuidador. Esta técnica permite diminuir a agressividade da criança, através do contacto visual do terapeuta, contenção física e reestruturação cognitiva. A tradução do termo para sustentar ou segurar reporta-nos para o cuidar da criança, que precisa de estar fisicamente segura, onde o terapeuta acolhe e contém física e emocionalmente as suas angústias, sem censura (Medeiros & Aiello-Vaisberg, 2014; Myeroff, Mertlich & Gross, 1999). ¹¹ - **Unidade de Competência F4.1.** Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental. **Critérios de Avaliação F4.1.5.** Educa e ajuda o cliente na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas. **Unidade de Competência F4.2.** Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação. **Critérios de avaliação F4.2.3.** Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental.

Por também intervir com muitos adolescentes que adotam CAL no local onde exerço funções, o desenvolvimento deste modelo de intervenção e os seus efeitos benéficos no contexto de estágio, permitiram que o mobilizasse para o meu campo laboral.

Neste local, de cuidados de saúde mental a adolescentes e jovens-adultos, a avaliação do risco clínico não se encontra implementada e como tal, a equipa de enfermagem não se encontra dotada dos rácios suficientes que permitam a vigilância permanente, nem o desenvolvimento de intervenção especializada. Deste modo, os episódios de crise onde os adolescentes adotam CAL, são, na sua grande maioria, muito graves e frequentes. Assim, a acrescer ao conjunto de intervenções de enfermagem aqui especificadas, na intervenção com estes adolescentes de quem cuidei no meu contexto profissional, procurei ainda: cuidar, fisicamente, da ferida traumática, num espaço privado e adequado, privilegiando a diminuição da dor com recurso a analgesia, ou se necessário, a anestesia; em situação de CAL persistente, considerar em conjunto com o adolescente um ambiente *harm reduction*, isto é meios menos letais ou com maiores condições de segurança. A proposta de “contratos de segurança” ou “contratos de não dano”, isto é, contratos de que o adolescente não pode adotar CAL, é um tema controverso na comunidade científica.

Assim, em todas as intervenções realizadas, procurei adotar uma postura contentora, baseada nos pressupostos da relação terapêutica e nas técnicas de comunicação e escuta ativa, focando-me nas preocupações, emoções e sentimentos do adolescente associados aos CAL e não propriamente no tipo de comportamento adotado, demonstrando assim verdadeiramente preocupação e interesse, valorizando a individualidade e singularidade de cada um. O caminho desenvolvido foi sendo consolidado e apoiado com a supervisão das orientadoras clínicas e professora orientadora, e também por formação complementar e especializada.

Assim, tive a oportunidade de assistir a algumas formações como o 8º Simpósio do Departamento de Psiquiatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, com a temática “A Pessoa em criação – infância, adolescência e vida adulta”, onde no último dia decorreu uma apresentação sobre os CAL na Pedopsiquiatria; e uma formação especializada sobre “Cuidados ao Adolescente com Perturbação do Comportamento Alimentar”, cujas intervenções terapêuticas utilizadas nesta problemática se traduziram numa mais valia para o meu percurso.

A acrescentar às intervenções de enfermagem de carácter autónomo realizadas no decorrer deste estágio, tive ainda a oportunidade e o privilégio de integrar o planeamento de atividades terapêuticas já realizadas na unidade planeando e desenvolvendo a atividade de Terapia pela Arte e de Dança e Movimento, cujas temáticas foram ao encontro das necessidades de emergência grupal, por se tratar de um grupo aberto, mas também dos conceitos associados à adoção de CAL. Posto isto, desenvolvi seis sessões de atividades terapêuticas com recurso à dança e movimento enquanto mediador expressivo, e quatro sessões de atividade terapêutica com recurso à arte como mediador expressivo¹². A escolha sobre estes mediadores expressivos e as temáticas escolhidas recaíram sobre a forte relação entre a adoção de CAL e as diferentes percepções que o adolescente assume do seu próprio corpo.

De acordo com Hielscher, Whitford & Scott (2019), dados recentes vêm dar ênfase à forte ligação entre as representações corporais e os CAL, que não estão confinados apenas aos aspectos emocionais, mas também aos aspectos sensitivos e da perceção da imagem corporal. Os mesmos autores acrescentam ainda que é provável que a desregulação emocional promova alterações nas representações corporais e nas suas sensações, o que facilita a adoção de comportamentos de auto-dano e vice-versa. Estes dados são igualmente importantes para compreendermos as diferentes percepções que o adolescente assume do seu próprio corpo, que quando transformada em insatisfação corporal pode gerar sintomatologia psicossomática, bem como emoções e sentimentos negativos.

Posto isto, considereei que a arte enquanto mediador expressivo acresce em benefícios para o adolescente, na medida em que é um mediador que não se foca na *performance* e desenvolvimento artístico, mas sim na promoção da comunicação das expressões emersas através de atividades criativas cujos meios podem ser as artes plásticas, a expressão corporal, musical ou dramática (Martins, 2012).

Apoiada por diversos autores como facilitadora do *recovery*¹³ interno da pessoa com experiência de doença mental, a Arte Terapia permite aumentar o autocontrolo,

¹² - **Unidade de Competência F4.2.** Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação. **Critérios de avaliação F4.2.3.** Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental. **F4.2.4.** Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudem o cliente a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os deficits por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no eu estilo de vida; **F4.2.5.** Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.

¹³ - **Recovery** - “definido como um processo profundamente pessoal, de redescoberta de um novo sentimento de identidade, de auto-determinação e fortalecimento pessoal para viver, participar e contribuir para a comunidade (...) que envolve uma dimensão social e ocorre através da participação social e das relações com os outros” (Duarte, 2007, p. 127-128)

a autoconsciência, desenvolver estratégias de *coping*, aumentar a capacidade de lidar com a vida quotidiana, conduzindo a um maior bem-estar, maior autodeterminação e redução dos sintomas associados à doença mental, chegando mesmo a ser considerada como uma ponte para uma transformação pessoal (Bone, 2018; Blomdahl, Gunnarsson & Guregård, 2016).

No que diz respeito à dança e movimento, são diversos os autores que corroboram a sua benéfica relação entre a dança e a expressão de emoções e sentimentos através do corpo. A Dança Movimento Terapia é definida como sendo um mediador utilizado de forma terapêutica para promover a integração das emoções, cognições, físicas e sociais do indivíduo, com recurso às vivências individuais (Koch, Kunz, Lykou, & Cruz, 2014). A sua ligação ao corpo é evidente, tornando-se um mediador expressivo importante neste grupo de adolescentes, onde a representação corporal sofre alterações e se traduz, para muitos, em processos de profundo sofrimento mental.

Assim, a escolha sob este mediador permitiu não só expressar de forma não verbal e verbal emoções e sentimentos num processo vivencial, mas também, potenciar a utilização do corpo. Deste modo, as temáticas de cada sessão foram ao encontro dos pressupostos acima descritos, dando particular ênfase ao desenvolvimento de competências de gestão emocional, promoção do auto-conceito e auto-imagem, e desenvolvimento de competências interpessoais, onde foi procurado promover a identificação e partilha de emoções e sentimentos subjacentes à adoção de CAL. Em seguida, são apresentadas, de forma sucinta, a descrição e fundamentação de quatro das dez atividades realizadas, sendo que os planos de sessão e avaliação detalhada de todas elas é possível encontrar em Apêndice.

Sessão nº2 de Dança e Movimento “Outono – Recolher e Semear” (Apêndice VI)

Fundamento da Sessão: Foco na identificação e resolução de problemáticas individuais. Utilizar a expressão corporal e o movimento para vivenciar emoções e sentimentos de problemáticas atuais ou passadas, podendo trabalhá-las em sessão, promovendo uma postura mais ativa e saudável na resolução de problemas.

Objetivos: Promover a coesão grupal; promover o auto-conhecimento; promover a identificação de estratégias para dar sentido ao passado e iniciar uma nova etapa; promover a resolução de problemas; promover a gestão emocional.

Avaliação da Sessão: No final da sessão, o *feedback* quanto à temática e organização da atividade foram positivas. A maioria do grupo revelou dificuldades em expressar as emoções e sentimentos associados à identificação de problemáticas individuais, no entanto, descreveram que o que vivenciaram e a expressão emocional através do corpo foi “bom”; “fixe”; “interativa”; “calma”; “aliviada”.

Sessão nº5 de Dança e Movimento “Limites” (Apêndice IX)

Fundamento da Sessão: Foco na emergência grupal – a dificuldade de estabelecimento de limites na relação com o Outro, em particular, com os pares. Neste sentido, é potenciado o desenvolvimento de competências interpessoais, de comunicação e de identificação e gestão emocional, em que é partilhado ao Outro o que é sentido e vivenciado na relação.

Objetivos: Promover o auto-conhecimento e auto-conceito; promover a identificação de limites na relação com o Outro.

Avaliação da Sessão: A realização desta sessão vem da necessidade de uma emergência grupal em que foi necessário trabalhar o estabelecimento de limites na relação com o Outro. O grupo que integrou a sessão revelou dificuldades na colocação de limites quando o Outro se apresentava mais intrusivo, inadequado ou até agressivo. Alguns adolescentes revelaram que a atividade foi concordante com algumas vivências dentro da unidade, e que se sentiram livres no momento em que conseguiram ser assertivos. “Liberdade” e “confusão” foram algumas das palavras utilizadas para descrever a sessão, bem como “deixar as preocupações lá fora” e “foi bom para expressar emoções”.



Sessão nº2 de Terapia pela Arte “O Mundo que eu vejo” (Apêndice XII)

Fundamento da Sessão: Identificação das emoções e sentimentos vivenciados nos diversos contextos em que se insere, procurando desenvolver competências de gestão emocional.

Objetivos: Promover a coesão grupal; proporcionar a expressão do seu mundo e onde se posiciona no mesmo.

Avaliação da Sessão: No final desta sessão, foi evidente que os adolescentes revelaram grande dificuldade em se representarem, e principalmente, em identificar o seu valor e a sua individualidade. Muitos apresentaram dificuldade na expressão de emoções e sentimentos associados à partilha da obra elaborada. Os adolescentes com CAL, procuraram retratar-se de um modo infra valorizado, associando sentimentos de “tristeza” e “angústia”, representados por lágrimas, emaranhados de

lã ou corações separados, com recurso a cores mais carregadas como o preto e o cinzento.

Sessão nº4 de Terapia pela Arte “As emoções no corpo” (Apêndice XIV)

Fundamento da Sessão: Desenvolvimento de competências de gestão emocional.

Objetivos: Promover a identificação de emoções no aqui e agora; promover o empoderamento; promover o auto-conhecimento e auto-consciência.

Avaliação da Sessão: No fim desta sessão, que contou com a presença de poucos elementos, o grupo descreveu a sessão com as palavras “alívio”, “difícil” e “pensativa”. As emoções e sentimentos mais “pintados” nesta atividade foram a tristeza, ansiedade, dor, preocupação, angústia, solidão, felicidade, saudades, paz e tranquilidade.

A realização de atividades terapêuticas promoveu o desenvolvimento de um conjunto de competências do EESMP, que aliadas ao *milieu therapy* e às restantes intervenções de enfermagem, parecem ter acrescido em benefícios para os adolescentes que se auto-infligem, resultando em apenas um CAL adotado por um elemento do grupo caracterizado para este projeto. Assim, apesar das limitações burocráticas e temporais, o curto período de estágio permitiu atingir os objetivos propostos para o mesmo, resultando num documento que incorpora as intervenções de enfermagem descritas neste capítulo, consideradas como as mais adequadas para a redução de CAL em adolescentes e que se apresentam no seguinte capítulo.

3.2. Contexto Comunitário – Estágio em Instituição de Saúde Mental e Psiquiátrica da Região de Lisboa

O segundo estágio foi realizado numa Instituição de Saúde da Região da Grande Lisboa, numa unidade especializada para cuidados de saúde mental na primeira infância. A realização deste estágio ocorreu entre 26 de novembro de 2019 e 7 de fevereiro de 2020, tendo sido definidos os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Desenvolver competências de enfermagem SMP na promoção de saúde mental na primeira infância;

Objetivos Específicos:

- Aprofundar conhecimento sobre estratégias e intervenções de enfermagem na promoção de saúde mental na primeira infância;
- Identificar processos de vinculação seguros e inseguros e sua relação com a adolescência.

❖ Caracterização da Unidade

À semelhança do contexto de estágio hospitalar, esta Unidade de Cuidados de Saúde Mental na Primeira Infância pertence à mesma Instituição de Saúde da Região da Grande Lisboa, e encontra-se, igualmente, integrada no mesmo departamento clínico. Anteriormente, esta unidade funcionava de forma autónoma, encontrando-se integrada nos recursos comunitários. Em 2017, foi integrada num centro que incorpora também uma unidade especializada no desenvolvimento infantil. Assim, a ligação direta entre a pedopsiquiatria e a pediatria do desenvolvimento permite acolher, avaliar e intervir terapêuticamente em bebés e crianças até aos 5 anos (inclusive) bem como em suas famílias, tendo ao seu dispor um conjunto de modelos intervencionais.

Esta estreita ligação entre as duas especialidades permite que, fisicamente, e clinicamente, seja possível articular com outras especialidades clínicas como é o caso da Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Genética ou Medicina Física e Reabilitação. A integração física e estrutural destas unidades numa instituição hospitalar, possibilita que o contacto entre os cuidados comunitários e hospitalares seja mais estreito e eficaz, possibilitando um encaminhamento e acompanhamento mais adequado. No entanto, embora interligadas, as duas unidades funcionam de forma independente, tendo na sua constituição médicos e enfermeiros especialistas nas especialidades

referidas, psicólogas, técnicas de serviço social e terapeutas ocupacionais. Comum às duas especialidades, o centro conta ainda com o apoio de uma técnica de serviço social, duas assistentes técnicas, e duas assistentes operacionais.

Enquanto estrutura única e ímpar a nível nacional, este centro tem-se afigurado como unidade de referência e de excelência no diagnóstico, intervenção terapêutica, formação e investigação na área da saúde mental da primeira infância e do neurodesenvolvimento infantil.

Integrada no centro, a unidade de cuidados de saúde mental na primeira infância visa dar resposta à identificação, diagnóstico e intervenção precoce nas perturbações de saúde mental das crianças. Deste modo, e realçando a importância da intervenção precoce, a unidade procura dar uma resposta prioritária às crianças até aos 3 anos de idade, cujos motivos de preocupação sejam: alterações no comportamento, relação ou desenvolvimento; alterações do padrão do sono ou dificuldades na alimentação; e alterações da comunicação, cuja referência/encaminhamento pode acontecer por três vias: por marcação direta dos pais das crianças (preferencialmente, até aos 3 anos de idade); pelos médicos de família ou médicos assistentes de outras especialidades (até aos 5 anos), em particular, da instituição de saúde hospitalar em que o centro está integrado.

Assim, a unidade dispõe de um conjunto de intervenções e atividades que permitem uma resposta rápida e eficaz às problemáticas de saúde mental na infância. Algumas dessas intervenções encontram-se devidamente estruturadas em consulta, como é o caso da consulta do “bebé silencioso” e a consulta do “bebé irritável”, mas são também desenvolvidas pelas EESMP da unidade, consultas gerais, com problemáticas diferenciadas, bem como intervenções junto dos bebés/crianças e pais que se encontram internados no hospital e que apresentam problemáticas de saúde mental; o “chá das mães” – encontro entre as mães e pais dos bebés/crianças internados; reuniões multidisciplinares; reuniões com as equipas de intervenção precoce e ainda reuniões com as educadoras de infância.

A organização das consultas na unidade segue uma dinâmica própria, em que após o contacto dos pais com a unidade, a EESMP entrevista os pais telefonicamente, com vista a recolher dados para realizar uma apreciação clínica em saúde mental. Desta forma, é possível triar e encaminhar o bebé diretamente para uma consulta de desenvolvimento infantil, ou para uma consulta conjunta. Caso a necessidade do

bebé e dos cuidadores se encontre inerente apenas a questões de saúde mental e psiquiátrica, é então agendada e realizada uma consulta de enfermagem, e de seguida, uma consulta médica, sendo que caso o bebé tenha idade entre os 12 e os 24 meses, é realizado um registo de interação, com base no paradigma da Unidade.

Este paradigma consiste no registo videográfico de uma situação estruturada, adaptada da *Strange Situation* de Mary Ainsworth. Este episódio deve comportar quatro momentos: primeiro, exploração/jogo da criança sem a participação dos pais; segundo, separação da criança e dos pais, em que os pais saem do gabinete e um observador fica disponível para a interação com a criança; terceiro, reunião dos pais com a criança; quarto, interação livre entre a criança e os pais. Este registo videográfico afigura-se como um importante instrumento de avaliação clínica da criança, mas também da relação entre pais-criança, permitindo assim avaliar o desenvolvimento afetivo e emocional da criança, e o padrão de vinculação estabelecido.

Caso as preocupações parentais se encontrem relacionadas com as dificuldades na relação e comunicação da criança, ou por suspeita de Perturbação do Espectro do Autismo, é realizada uma consulta em conjunto com um pediatra do desenvolvimento e um pedopsiquiatra, sendo que anteriormente decorre a consulta de enfermagem com um EESMP e um enfermeiro especialista em saúde infantil. Após a avaliação clínica, e se assim seja necessário, é sugerido aos pais a integração da criança num programa de dez sessões, desenvolvido pelo centro, com sessões realizadas por um pedopsiquiatra com base no modelo D.I.R. (Modelo baseado no **D**esenvolvimento, nas **d**iferenças **I**ndividuais e na **R**elação)/Floor-time¹⁴. Este programa permite colocar diferentes olhares clínicos sob o desenvolvimento da criança, mas essencialmente sob a sua relação com o Outro e com o Ambiente.

Assim, assentando nas premissas de que: a qualidade da relação entre os pais e a criança; o leque de experiências cognitivas, afetivas e sociais que a família proporciona à criança e o modo como a família/rede social asseguram condições de saúde e segurança à criança são essenciais para promoção da saúde mental infantil, o modelo de intervenção desta unidade de cuidados de saúde mental na primeira infância incide, muito antes da aplicação de um sistema de classificação diagnóstica,

¹⁴ Este programa pressupõe também a articulação estreita com um pediatra de desenvolvimento do centro, que deverá realizar, em conjunto com o pedopsiquiatra, duas consultas diagnósticas que deverão acontecer entre a 5ª e a 10ª consulta. No término desse programa, surgirá uma hipótese diagnóstica e conseqüentemente, um encaminhamento para outros recursos de saúde, como a terapia da fala ou a terapia ocupacional.

sob a qualidade da relação entre mãe-bebé e sua reciprocidade (Gonçalves & Silva, 2003).

❖ **Intervenções de Enfermagem desenvolvidas**

Atendendo a que a promoção de cuidados parentais satisfatórios, consistentes, constantes e seguros à criança proporcionam um desenvolvimento físico e mental adequado e saudável, tendo implicações no decorrer de todo o ciclo vital, os cuidados de saúde mental na primeira infância afiguram-se enquanto cuidados primordiais nesta etapa de desenvolvimento (Brito, 2009; Cepêda, Brito & Heitor, 2005).

Assim, os padrões de vinculação estabelecidos entre o bebé e a figura de referência (que embora seja frequente ser a mãe, no entanto pode ser o pai ou outro cuidador) trazem implicações importantes no que concerne ao desenvolvimento cerebral do bebé, contribuindo assim para a modulação emocional, para o pensamento, aprendizagem e para o comportamento a adotar ao longo de todo o ciclo de vida. Estas premissas transportam-nos para a especial e importante relação entre o cuidador e o bebé, que quando desenvolvida de forma precoce e eficaz, permite que o bebé, futuro adulto, se sinta seguro internamente; estabeleça relações de confiança com os Outros e que seja curioso na exploração do mundo (Cepêda et. al., 2005).

Estes pressupostos vão ao encontro de um dos objetivos específicos elaborados para este contexto de estágio: a compreensão da relação entre padrões de vinculação e a adolescência. Embora seja parca a literatura científica que relacione padrões de vinculação na infância com padrões de relação na adolescência, e consequentemente, problemáticas de saúde mental advindas dessas relações, diversos autores, incluindo Bowlby na Teoria da Vinculação, realçam a importância de padrões de vinculação seguros na infância para o estabelecimento de relações com figuras significativas, onde se obtém suporte e proteção, ao longo do ciclo vital, associando a qualidade das relações amorosas à qualidade das primeiras relações com figuras de vinculação. Melo & Duarte (2011) que citam Nickerson, Mele & Princiotta (2008) afirmam que padrões de vinculação insegura estão associados a um maior risco de vitimização, e padrões de vinculação evitantes estão relacionados com agressão. Estes pressupostos vão ao encontro do defendido por Sroufe, Egeland & Carlson (2005), que afirmam que crianças com padrões de vinculação segura desenvolvem relações mais eficazes com figuras parentais e pares, assumem uma postura mais persistente e cooperante na resolução de problemas, e apresentam

melhores competências de regulação e compreensão emocional. Contrariamente, crianças que tenham desenvolvido padrões de vinculação inseguras evitantes, apresentam grandes dificuldades na relação com os pares e na gestão emocional, constituindo fatores de risco para surgimento de problemáticas como o isolamento, inibição emocional e dificuldades na expressão de sentimentos e emoções, resultando em agressividade e comportamentos hostis. Assim, embora não exista literatura científica que correlacione diretamente a vinculação na infância e os CAL em adolescentes, os dados acima descritos vêm dar importante relevo à importância dos processos de vinculação seguros na infância, para um desenvolvimento saudável na infância e adolescência, com impacto no desenvolvimento do *self*, nas relações interpessoais, no “funcionamento sócio-emocional e cognitivo, e na adaptação a diferentes contextos de vida” (Melo & Duarte, 2011, p.12).

Foi sobre estas premissas que procurei integrar novos conhecimentos neste caminho percorrido. A inexperiência profissional e a escassez de conhecimentos face às problemáticas e intervenções de saúde mental na primeira infância, despertaram em mim uma vontade imensa de absorver o máximo de conhecimentos e *inputs* proporcionados pelo centro, e em especial, pela orientação da EESMP. Se inicialmente, a proposta de estagiar numa unidade especializada em cuidados de saúde mental na primeira infância tenha sido uma proposta surpreendente, mais tarde pude compreender o privilégio que foi o meu caminho se ter cruzado com estes profissionais e com os bebês/crianças e seus cuidadores. As primeiras semanas deram lugar à exploração e compreensão da dinâmica do centro e à observação indireta das consultas de enfermagem e de algumas consultas médicas. No decorrer destas consultas, a enfermeira orientadora sugeria-me sempre que me sentasse no chão e que interagisse com a criança.

De início, questionei-me como poderia desenvolver as competências de EESMP estando no chão, entre bonecos e peças de lego, a interagir com uma criança, que me via como um estranho. As reflexões e notas de campo diárias que registava no meu caderno pessoal enchiam-se de questões, e na maior incerteza que pairava: não me recordava do que era regressar à minha essência, pura e sem regras, no ambiente do faz de conta onde tudo é possível, e onde os constrangimentos ficam à porta. Sentada ou deitada no chão, era ali que morava a minha verdadeira individualidade, enquanto pessoa, e enquanto profissional.

Quando estas conclusões se afirmaram, a interação com a criança passou ser iniciativa minha, e permitiu-me dar sentido aos momentos de interação do bebê/criança com o Outro e a importância desta na saúde mental e desenvolvimento infantil.

Dar-me conta do significado da vivência da interação entre mim e a criança permitiu-me também regressar à origem dos cuidados ao Outro, na medida em que a interação é escrita de forma pormenorizada, com particular destaque aquilo que os olhos habitualmente não veem. Assim, a observação do bebê/criança, da sua fisionomia, da sua postura, do seu comportamento, do seu fâcies e emoções permitiu-me redescobrir a importância da observação e da comunicação não-verbal.

A presença nas consultas de enfermagem estruturadas, permitiu-me também compreender quais as principais preocupações dos pais e as verdadeiras necessidades do bebê/criança. Em muitas das situações, observei que os pais não compreendiam as verdadeiras necessidades dos seus filhos, e que traziam para a consulta preocupações relacionadas com a necessidade de obter um diagnóstico médico. Desta forma, a intervenção de enfermagem assumia uma vertente psicoeducativa, onde era reforçado junto dos pais a importância de estar atento à comunicação verbal e não-verbal, postura e comportamento da criança, bem como à importância de dedicarem mais tempo à relação pais-filhos, interação que se encontra na base do desenvolvimento físico e mental do bebê/criança¹⁵. Foi também graças às consultas de enfermagem estruturadas que, em conjunto com a enfermeira orientadora, pude desenvolver o processo de enfermagem, procurando formular os diagnósticos de enfermagem mais adequados à família, e sob o ponto de vista de modelo de cuidados holístico, desenvolver intervenções de enfermagem com vista a responder às necessidades dos cuidadores e dos bebês/crianças¹⁶. Para maior consolidação desta competência, tive a oportunidade de elaborar um Estudo de Caso.

Assente também nas premissas teóricas do modelo de Peplau, a filosofia de cuidados presente nas consultas realizadas vem dar, novamente, destaque à relação terapêutica enquanto pedra basilar da intervenção em enfermagem.

51

¹⁵ **Unidade de Competência F4.1.** Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental. **Critérios de Avaliação F4.1.3.** Implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com saúde mental, as perturbações e doenças mentais. ¹⁶**Unidade de Competência F3.4.** Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados. **Critérios de Avaliação F3.4.5.** Elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: Aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade; manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; promover e reforçar as capacidades das famílias;

. Assim, nas consultas em que tive a oportunidade de participar, pude constatar que, para além da psicoeducação já mencionada anteriormente, em muitos momentos a necessidade do cuidador ia muito para lá da verbalizada, e o gabinete de enfermagem traduzia-se num *setting* terapêutico, onde o enfermeiro escutava ativamente a necessidade do cuidador, acolhia as suas preocupações e em conjunto, delineavam um caminho de resolução do problema. Assim, as intervenções psicoterapêuticas e psicossociais permitiam auxiliar o cuidador a lidar com processos de transição; de aceitação de doença mental; de diminuição do risco de perturbação mental, entre outras problemáticas¹⁷.

Para além das consultas de enfermagem em que tive a oportunidade de intervir, tive a oportunidade de participar em várias reuniões multidisciplinares, em especial, as reuniões de interação, em que é apresentado um caso clínico, e se recorre ao paradigma da unidade, com a *Strange Situation* de Mary Ainsworth. Em todas as reuniões, tive a oportunidade de intervir, e em particular numa delas, tive a oportunidade de apresentar o registo de interação realizado por mim, numa das consultas médicas que presenciei (Apêndice XVI). A participação nestas reuniões permitiu-me compreender importância das mesmas para intervenção especializada, mas também, dar-me conta de que em muitas situações, a apresentação de casos clínicos despoletava em mim pré-conceitos de dinâmicas familiares, problemáticas e até mesmo sentimentos associados ao caso descrito, que não correspondiam à verdade. Esta vivência, descrita nas reflexões realizadas, permitiu-me transpor esta aprendizagem para o meu contexto profissional, em que procurei adotar uma postura mais empática, isenta de julgamentos e livre de pré-conceitos¹⁸.

Assim, considero que os objetivos delineados para este estágio foram atingidos na medida em que foi possível desenvolver um conjunto de competências em consultas de enfermagem e em momentos individuais realizados nos serviços de internamento, com vista à promoção da saúde mental na primeira infância.

¹⁷ -**Unidade de Competência F4.2.** Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação. **Critérios de avaliação F4.2.3.** Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental. **F4.2.4.** Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudem o cliente a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os déficits por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no eu estilo de vida.

¹⁸**Unidade de Competência F1.1.** – Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas. **Critérios de Avaliação – F.1.1.** – Identifica no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar.

4. Intervenções de enfermagem mais adequadas para adolescentes que adotam CAL

O presente capítulo pretende descrever, de forma clara e sucinta, um conjunto de intervenções de enfermagem que se apresentam como as mais adequadas para os adolescentes que adotam CAL. Com base na evidência científica, estas intervenções especializadas de enfermagem pretendem dar um contributo particular a quem cuida desta população, não descurando a importância de formação específica sobre a temática bem como sobre pressupostos de relação terapêutica, que são a base da intervenção em cuidados de Saúde Mental.

- Todos os adolescentes têm o direito de ser devidamente integrados no processo de tomada de decisão/projeto terapêutico e têm o direito de consentir os cuidados.

Em contexto de urgência hospitalar (Nutt, Moore & Harris, 2014; NICE; 2003):

- É recomendado que sejam encaminhados para o hospital, no máximo 48h após a adoção de CAL;
- A triagem hospitalar deve ter em consideração a avaliação psicossocial e avaliação do estado mental. Nela deverá ser avaliado: a natureza e severidade do CAL; se o adolescente está informado do seu tratamento e se o consente; se existem antecedentes de doença mental; estado mental e se incorre um risco para si e para terceiros; cuidados de saúde mental imediatos;
- Se necessário tratamento imediato por lesões de CAL, deve existir: rápida resposta das necessidades físicas e psicológicas; articulação eficiente com outros serviços, em especial, de saúde mental; medidas eficientes para minimizar a dor e desconforto; cuidar, fisicamente, da ferida traumática, privilegiando a diminuição da dor com recurso a analgesia, ou se necessário, a anestesia.

Em contexto de internamento nos serviços de saúde mental (Nutt et. al., 2014; NICE; 2003):

- Todos os adolescentes que sejam admitidos nos serviços de saúde devem ter avaliação do risco clínico;
- Realização de um Projeto terapêutico que tenha como objetivos: prevenir a escalada do CAL; redução ou eliminação de CAL; redução ou eliminação do

- risco; promover atividades que incentivem a recuperação da funcionalidade social e ocupacional; promover a qualidade de vida; diminuir sofrimento mental;
- Identificar com o adolescente objetivos de tratamento a curto-prazo e os passos para os atingir;
 - Identificar e clarificar os papéis e responsabilidade de cada um dos intervenientes do projeto e da pessoa que adota CAL;
 - Reforçar, em conjunto com o adolescente, estratégias de coping e desenvolver novas estratégias como alternativa sempre que possível;
 - Em situação de crise: o adolescente deve ser suportado por forma a evitar o CAL, recorrendo a estratégias de resolução de problemas ou outras técnicas como distração. Caso seja necessário a utilização de quarto confinamento, este deve ser utilizado apenas por um curto período de tempo e na proporção de 1:1, com a presença de um técnico especializado e vigilância permanente.

Intervenções de Enfermagem de acordo com linguagem CIPE (OE; 2019, p.20):

- “Ensinar Sobre Estratégias de Redução do Comportamento Auto Lesivo”
- “Executar Escuta Ativa”
- “Executar Reestruturação Cognitiva”
- “Executar Intervenção em Crise”
- “Executar Intervenção Familiar”
- “Executar Intervenção de Prevenção de Suicídio”
- “Executar Relação de Ajuda”
- “Executar Técnica de Modificação de Comportamento”
- “Instruir sobre Técnica de Resolução de Problemas”
- “Treinar o Comportamento Assertivo”
- “Vigiar Comportamento Autolesivo”

O Enfermeiro deve (Doyle et. al.,2017; Nutt et. al., 2014; Pereira & Botelho, 2014; NICE; 2003):

- Avaliar o risco clínico;
- Mostrar-se totalmente disponível para ouvir, com postura não verbal coincidente;
- Escutar ativamente;
- Privilegiar uma comunicação empática, clara e efetiva, num tom de voz normal, com recurso a técnicas de comunicação eficazes;

- Adotar uma postura empática, paciente e genuína;
- Não reagir com emoções negativas; não colocar perguntas abruptas e rápidas nem fazer acusações;
- Desenvolver uma relação terapêutica pautada pelo respeito mútuo, pela flexibilidade e suporte, numa postura de acolhimento, compreensiva e sem julgamentos;
- Não se focar apenas no comportamento adotado, mas identificar as preocupações, emoções e sentimentos associados, adotando um modelo de intervenção centrado na pessoa;
- Mostrar-se preocupado e interessado nas dificuldades do adolescente, demonstrando investimento na relação terapêutica;
- Identificar, em conjunto com o adolescente as suas competências e forças; estratégias de coping; problemas de saúde mental; problemas de saúde físicas, situações ou problemas sociais; recentes dificuldades de vida, incluindo interpessoais e económicos;
- Não oferecer tratamento farmacológico como uma única e específica intervenção para reduzir CAL;
- Identificar, em conjunto com o adolescente, estratégias de distração ou ocupação para utilizar em situação de crise;
- Ser claro quanto aos limites de confidencialidade desde o início – compreender e transmitir que a confidencialidade deve corresponder a alguns itens, especialmente se for menor. Primeiro, perceber se essa informação compromete a segurança do adolescente; se existir elevado risco de suicídio, deve ser prioritário à confidencialidade a pais ou cuidadores; salvaguardar a criança se envolver comissão de proteção e menores;
- Ser claro desde o início sobre o que é transmitido e porquê, e esclarecer todas as etapas dadas; esclarecer o jovem das responsabilidades e deveres do próprio profissional;
- Compreender que ser claro sobre a informação e confidencialidade é muito importante para os jovens;
- Reforçar positivamente – em situação de crise é difícil identificar aspectos que estejam a correr bem ou que sejam benéficos para o adolescente, sendo importante encorajar positivamente o trabalho desenvolvido;

- Estar atento a sintomatologia coincidente com CAL (angústia, tristeza, zanga) bem como à postura não verbal e intervir precocemente, procurando identificar as suas preocupações;
- Em situação de CAL persistente, considerar em conjunto com o adolescente, meios menos letais ou com maiores condições de segurança – apesar de ser uma intervenção controversa, autores revelam que um ambiente muito contentor gera mais e severos comportamentos de auto-dano;
- Desenvolver atividades terapêuticas específicas para adolescentes com CAL, baseadas em temáticas de resolução de problemas e cognitivo comportamental;
- Minimizar a utilização da internet – a ser utilizada, identificar em conjunto com o adolescente, fontes de informação fidedignas como sites de informação, ou linhas de apoio;
- Envolver e trabalhar com a família e cuidadores, encontrando o balanço entre as várias perspetivas – discutir com o adolescente a importância do envolvimento familiar, ser claro sobre o que ambos acordam em partilhar com a família e desenvolver um plano para envolver a família.
- Recorrer e utilizar a equipa para suporte e supervisão;
- Investir em Formação especializada.

5. Conclusão

Chegado ao fim deste relatório, importa concluir e dar sentido a tudo o que foi possível concretizar com a realização deste projeto.

A adolescência é a etapa de desenvolvimento e maturação que ocorre entre a infância e o início da vida adulta e é pautada pelas mudanças fisiológicas e psicossociais e pelo aumento da necessidade de regulação afetiva e comportamental, sendo diversas vezes, vivenciada pelo adolescente como um período de vulnerabilidade. Fortemente influenciado pelo ambiente e pelas relações que vai construindo, o adolescente vê-se num caminho sinuoso em que surgem repentinamente novas situações, pensamentos e perspectivas levando a conflitos internos, que, sem ajuda exterior, se tornam difíceis de clarificar e ultrapassar.

É neste contexto que surgem as problemáticas de saúde mental, que nos últimos anos têm vindo a aumentar. Identificados como um dos maiores problemas sociais e de saúde pública, os CAL afirmam-se enquanto atos com resultados não fatais, que são realizados deliberadamente para se magoar, podendo assumir diversos métodos e funções. Este tipo de comportamentos, ocorrem maioritariamente no período da adolescência e têm aumentado a sua prevalência nos últimos anos, onde em 2018 cerca de 20% dos adolescentes se autoinfligiram pelo menos uma vez, no período de um ano. Embora se encontre presente na esfera da discussão de órgãos e entidades de saúde mental, a prevalência da problemática mantém-se, tem tendência a evoluir, e é frequentemente desvalorizada na medida em que os CAL são frequentemente adotados por quem tenta ou realiza suicídio. A carência de estudos intervencionais a nível nacional e a frequente exposição desta problemática no meu contexto profissional, motivaram-me a desenvolver um projeto de estágio que fosse ao encontro destas premissas.

Através da evidência científica encontrada sobre o tipo de comportamentos, a sua manifestação, fatores de risco e implicações, foi possível compreender que os adolescentes que adotam estes comportamentos encontram-se em profundo sofrimento mental, e utilizam a auto-lesão enquanto mecanismo de regulação emocional. Em muitas das situações, assoberbados pelos pensamentos e sentimentos negativos, esta é a única estratégia de alívio da dor da alma.

Deste modo, aliado ao modelo teórico de enfermagem das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, e dos alicerces da relação terapêutica, procurei

identificar um conjunto de intervenções de enfermagem que fosse ao encontro das necessidades desta população, e que permitisse desenvolver as competências do ESMP. Recordando Benner (2001), a complexidade da prática sobrepõe-se aquilo que os modelos teóricos de enfermagem, sendo fundamental recorrer a contextos práticos para compreender o fenómeno e desenvolver cuidados de enfermagem especializados e de qualidade.

É certo que a minha experiência profissional em serviços de saúde mental de adultos se afigurou benéfico para a minha prática enquanto estudante de MEESMP, no entanto, os conhecimentos e experiência profissional que detinha sobre cuidados de saúde mental na infância e adolescência eram escassos, razão pela qual, esta tornou-se a área eleita para o desenvolvimento de uma prática especializada, aliada à teoria e sob o olhar de futura EESMP.

Aliar o estágio, a vida profissional e a vida pessoal constituíram a maior dificuldade neste caminho, no entanto, a determinação pessoal permitiu que, com esforço e dedicação, fosse possível refletir no final de cada dia de estágio, construir instrumentos de trabalho importantes para o projeto de estágio e ainda, discutir com os orientadores e professora, o melhor caminho da intervenção.

Considero que a realização deste estágio me permitiu desenvolver as competências do EESMP, sendo que a forma e a intensidade com que foram desenvolvidas foram diferentes, de acordo com o local de estágio. Das competências específicas inscritas no regulamento supracitado, considero que existe uma competência que mereceu destaque, a primeira competência: “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Regulamento n.º 515, 2018, p.21427).

O desenvolvimento da competência acima descrita iniciou-se antes da realização de estágio, no entanto, foi no decorrer do mesmo que foi possível dar maior ênfase ao auto-conhecimento enquanto competência fundamental para me aproximar e desenvolver as restantes competências. Foi graças ao auto-conhecimento que foi possível encontrar em mim os receios, medos e dificuldades associados à intervenção terapêutica, mas também refletir sobre fenómenos de transferência e contra-transferência, mobilizando assim os recursos internos, com intencionalidade, para a relação terapêutica. Foi o desenvolvimento amplo desta competência que me permitiu muitas vezes (re) focar os objetivos deste percurso individual, escolhendo, sempre,

dar sentido ao vivenciado, quer através de reflexões escritas, quer através de supervisão com os orientadores.

É indiscutível a importância de todas as competências e unidades de competências descritas no regulamento supracitado, e o seu desenvolvimento ocorreu em simultâneo, com intensidade variável, de acordo com as intervenções realizadas. De uma forma sucinta, procurei descrever neste relatório o modo como desenvolvi algumas dessas competências, sob o olhar de enfermeiro especialista, que assume um papel de destaque no cuidado ao Outro, que acolhe e cuida, através de um julgamento clínico singular.

No que diz respeito ao estágio, foi limitador a necessidade de reformular os critérios de inclusão, uma vez que seria objetivo inicial incluir no projeto apenas adolescentes com CAL sem ideação suicida, critérios esses que tendo em conta os adolescentes internados no período de estágio definido, não foi possível de se concretizar. Considero também que a avaliação das sessões realizadas poderia ter sido mais aprofundada, possivelmente com a aplicação de um instrumento de avaliação, para que fosse possível mensurar o benefício das mesmas para os adolescentes. Foi igualmente difícil, no segundo período de estágio, encontrar, na prática e em conhecimentos teóricos, a ligação entre os cuidados de saúde mental na primeira infância e o projeto.

Apesar dos constrangimentos apresentados, considero que os locais de estágio onde tive a oportunidade de desenvolver as competências de EESMP, foram locais riquíssimos em experiências, nos quais tive a oportunidade de contactar com verdadeiros mestres, nesta que é a profissão de cuidar do Outro. Para além destas aprendizagens, o contacto com estes bebés/crianças/adolescentes enriqueceram esta viagem. Com eles pude visitar sítios, memórias, cheiros, cores e sons. Com eles, aprendi mais do que os livros e artigos me podem oferecer. Com eles, estabeleci relações, terapêuticas, onde juntos pudemos caminhar lado a lado...

Olhando para trás, comparo este caminho à de um trilho intenso, pautado pelas intensas subidas de colinas, pelo terreno instável e desconhecido, mas também pela descoberta inacreditável de nova fauna e sons, de novos cheiros e horizontes, debruada pelo apoio de várias pessoas que impulsionaram este percurso e me fizeram acreditar que a meta estava perto. A meta chegou. E foi este trilho que permitiu definir o que sou. Mas acima de tudo... para onde quero ir.

Referências Bibliográficas

- (DGS), D. G. (2011). *Orientação da Direção Geral da Saúde: Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- (DGS), D.G. (s.d.). *Programa Nacional para a Saúde Mental: Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- (NICE), N. I. (2003). *Short-term physical and psychological management and secondary prevention of intentional self-harm in primary care and secondary care*. London: NHS Foundation Trust.
- (OE), O. d. (2019). *Padrão Documental de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Guarda: Ordem dos Enfermeiros.
- (WHO), W. H. (2014). *Health for the World's Adolescents - A second chance in the second decade*. Geneva: World Health Organization.
- Almeida, M., Ferreira, L., & Nabais, A. (2010). Procedimento Sectorial da Área de Pedopsiquiatria - Filosofia da Área de Pedopsiquiatria.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bjureberg, J., Sahlin, H., Hellner, C., Hedman-Lagerlof, K., Bjaredhed, J., Jokinen, J., . . . Ljótsson, B. (2017). Emotion regulation individual therapy for adolescents with nonsuicidal self-injury disorder: a feasibility study. *BMC Psychiatry*, 1-13.
- Blomdahl, C., Gunnarsson, B., Guregard, S., Rusner, M., Wijk, H., & Bjorklund, A. (2016). Arte therapy for patients with depression: expert opinions on its main aspects for clinical practice. *Journal of Mental Health*, 25(6), 527-535.
- Bone, T. (2018). Art and Mental Health Recovery: Evaluating the Impact of a Community-Based Participatory Arts Program Trought Artist Voices. *Community Mental Health Journal*, 54, 1180-1188.
- Brito, I. (2009). A saúde mental na gravidez e primeira infância. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 600-604.

- Burton, M. (2019). Suicide and self-harm: vulnerable children and young people. *Practice Nursing, 30*(5), 218-223.
- Carter, T., Callaghan, P., & Manning, J. (2018). An exploration of predictors of children's nurses' attitudes, knowledge, confidence and clinical behavioural intentions towards children and young people who self-harm. *Journal of Clinical Nursing, 27*, 2836-2846.
- Cavalcante, M., & Humerez, D. (1997). A contenção na assistência de enfermagem como ação mediadora na relação enfermeiro-paciente. *Acta Paulista de Enfermagem, 10*(2), 69-73.
- Cepêda, T., Brito, I., & Heitor, M. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância*. Lisboa:: Direção Geral da Saúde.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Volume 1. Os Fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Delaney, K. (1997). Milieu Therapy: A therapeutic Loophole. *Perspectives in Psychiatric Care, 33*(2), 20-28.
- Development, O. f.-o. (2018). *Health at the Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development.
- Doyle, L., Sheridan, A., & Treacy, M. (2017). Motivations for adolescent self-harm and the implications for mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 24*, 134-142.
- Doyle, L., Treacy, M., & Sheridan, A. (2015). Self-harm in young people: Prevalence, associated factors, and help-seeking in school-going adolescents. *International Journal of Mental Health Nursing, 24*, 485-494.
- Duarte, T. (2007). Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica, 1*(XXV), 127-133.
- Enfermeiros, R. n. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. (2. S.-0.-2. Diário da República, Ed.) Obtido de <https://dre.pt/home/-/dre/115932570/details/maximized>

- Ferreira, M., & Nelas, P. (2006). Adolescências... Adolescentes... *Millenium on-line - Revista do Instituto Politécnico de Viseu*, 32, 141-162.
- Gonçalves, M., & Silva, P. (2003). A classificação diagnóstica das perturbações da saúde mental da primeira infância: Uma experiência clínica. *Análise Psicológica*, 1(XXI), 13-21.
- Guerreiro, D., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. (R. p. pública, Ed.) *Revista portuguesa de saúde pública*, 31(2), 204-213.
- Guerreiro, D., Cruz, D., Frasquilho, D., Santos, J., Figueira, M., & Sampaio, D. (2013). Association between deliberate self-harm and coping in adolescents: a critical review of the last 10 years' literature. *Archives of Suicide Research*, 17, 91-105.
- Hawton, K., Saunders, K., & O'Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373-2389.
- Hicks, K., & Hinck, S. (2009). Best-practice intervention for care of clients who self-mutilate. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners.*, 21, 430-436.
- Hielscher, E., Whitford, T., Scott, J., & Zopf, R. (2019). When the body is the target - Representations of one's own body and bodily sensations in self-harm: A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 101, 85-112.
- Jorge, J., Queirós, O., & Saraiva, J. (2015). Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida - Estudo qualitativo das funções e significados na adolescência. *Análise Psicológica*, 2(XXXIII), 207-219.
- Koch, S., Kunz, T., Lykou, S., & Cruz, R. (2014). Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 41, 46-64.
- Latina, D., & Stattin, H. (2017). Adolescents who self-harm: the patterns in their interpersonal and psychosocial difficulties. *Journal of research on adolescence.*, 28(4), 824-838.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.

- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Jan de Wilde, E., Corcoran, P., Fekete, S., . . . Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 667-677.
- Martins, D. (2012). *Arte-Terapia e as Potencialidades Simbólicas e Criativas dos Mediadores Artísticos*. Dissertação de Mestrado. Obtido de <http://hdl.handle.net/10451/10008>
- Matos, M., & Social, A. (2018). *Relatório do estudo HBSC 2018 - A Saúde dos adolescentes portugueses após a recessão - dados nacionais do estudo HBSC de 2018*. Cruz Quebrada: Equipa Aventura Social.
- Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Social, A. (2015). *Relatório do estudo HBSC 2014 - A Saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão - Dados nacionais do estudo HBSC de 2014*. . Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL.
- McAndrew, S., & Warne, T. (2014). Hearing the voices of young people who self-harm: implications for service providers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 570-579.
- Medeiros, C., & Aiello-Vaisberg, T. (2014). Reflexões sobre holding e sustentação como gestos terapêuticos. *Psicologia Clínica*, 26(2), 49-62.
- Melo, M., & Duarte, M. (2011). *Comportamentos agressivos entre pares e padrões de vinculação: um estudo com jovens adolescentes*. Relatório de Investigação. Obtido de <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/4912/1/Comportamentos%20agressivos%20entre%20pares&20e%20padrões%20de%20vinculação%20%28RESUMO%29.pdf>
- Myeroff, R., Mertlich, G., & Gross, J. (1999). Comparative Effectiveness of Holding Therapy with Agressive Children. *Child Psychiatry and Human Development*, 29(4), 303-313.

- Nobre-Lima, L., Barreira, A., & Castilho, P. (2017). A influência de fatores sociodemográficos na expressão de comportamentos autolesivos não suicidários (NSSI) em adolescentes portugueses. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente.*, 8, 33-48.
- Nock, M., & Prinstein, M. (2005). Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation Among Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 140-146.
- Nunes, C. (2012). *Auto-Dano e Ideação Suicida na População Adolescente - Aferição do Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A)*. Dissertação de Mestrado. Obtido de <https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/1985/1/DissertMestradoCarolinaPortugalSousaNunes2013.pdf>
- Nutt, L., Moore, V., & Harris, C. (2014). *Understanding and responding to children and young people at risk of self-harm and suicide*. Cambridgeshire/Peterborough : NHS Foundation Trust.
- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. (2015). Therapeutic interventions for Suicide Attempts and Self-Harm in Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97-107.
- Pediatrics, A. A. (2003). Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. *Pediatrics*, 111(6), 1541-1557.
- Peplau, H. (1991). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. New York: Springer Publishing Company.
- Pereira, P., & Botelho, M. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 61-73.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.

Salavessa, M. (s.d.). *Vinculação e Problemas de comportamento em adolescentes*.
Dissertação de Mestrado. Obtido de
<http://recil.grupolusofona.pt/handle/12437/6342>

Santos, J. (. (2014). + *Contigo: Promoção de Saúde Mental e Prevenção de Comportamentos Suicidários na Comunidade Educativa* (Vol. 9). Braga: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Santos, J., & Cutcliffe, J. (2018). *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century - A Person-Centred Evidence-Based Approach*. Suíça: Springer.

Saúde, D. G. (s.d.). *Programa Nacional para a Saúde Mental: Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Sequeira, C. (2013). Padrões de Investigação em Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*, 10, 5-7.

Siegel, D. (2003). An interpersonal neurobiology of psychotherapy. *Healing trauma: Attachment, mind, body, and brain*, 1-56.

Silva, D., & Silva, E. (2004). O ensino clínico na formação em enfermagem. . 30, 103-118. Millenium-Revista on-line do ISPV. Obtido de <https://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/8.pdf>

Sousa, S. (2017). *O impacto das variáveis relacionais e individuais na Adolescência: Relação com a ideação suicida e os comportamentos autolesivos*. Dissertação de Mestrado. Obtido de <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/6250>

Sroufe, L., Egeland, B., Carlson, E., & Collins, W. (2005). Development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16(4), 180-181.

Suyemoto, K. (1998). The functions of Self-Mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554.

Thomas, L. (2017). Nursing children and young people: what mental health training is required? *British Journal of Nursing*, 26(4), 234-237.

- Washburn, J., Richardt, S., Styer, D., Gebhardt, M., Juzwin, K., Yourek, A., & Aldridge, D. (2012). Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(14), 1-8.
- Weeler, K. (2011). A Relationship-based model for Psychiatric Nursing Practice. *Perspectives in Psychiatric Care*, 47, 151-159.
- Williams, K., Monsman, H., & Chadwell, J. (2018). Why do adolescents engage in nonsuicidal self-injury? *American Nurse Today*, 13(8), 37-40.
- Wissow, L., Gadowski, A., Roter, D., Larson, S., Lewis, B., & Brown, J. (2011). Aspects of mental health communication skills training that predict parent and child outcomes in pediatric primary care. *Patient Educ Couns.*, 82(2), 226-232.
- Xavier, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2018). Daily Peer Hassles and Non-Suicidal Self-injury In Adolescence: Gender Differences In Avoidance-Focused Emotion Regulation Processes. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 59-68.

Apêndice I – Questionário Clínico e Sociodemográfico

Questionário Clínico e Sociodemográfico

Idade: _____

Sexo: _____

Data de Admissão	Antecedentes pessoais de CAL (Se sim, há quanto tempo)	Tipo de CAL	Motivo de internamento	Risco Clínico	Data de Alta

Preenchido pelo Enfermeiro: _____

Data de aplicação do questionário: _____

Apêndice II – Caracterização Sociodemográfica

Caracterização Sociodemográfica

A amostra foi constituída por oito adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos. De acordo com a análise dos dados apresentados nas tabelas abaixo, foi possível concluir que os adolescentes eram maioritariamente de sexo feminino (87,5%), com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos, sendo que a idade mais predominante são os 15 anos de idade (50%), e a média de idades é de 14,5 anos.

Tabela 1 – Caracterização de acordo com idades

Idade (Anos)	Frequência	Percentagem
12	1	12,5
13	0	0
14	2	25
15	4	50
16	1	12,5
Total	8	100%

Tabela 2 – Caracterização de acordo com o sexo

Sexo	Frequência	Percentagem
Feminino	7	87,5
Masculino	1	12,5
Total	8	100%

Apêndice III – Caracterização Clínica

Caracterização Clínica

Da amostra de oito adolescentes, e tendo em conta os dados abaixo apresentados, foi possível concluir que: a média de duração de internamento é de 27,5 dias; que 62,5% ou 5 em 8 dos adolescentes apresentaram antecedentes de CAL com evolução de, no mínimo, dois anos; que 75% ou 6 em 8 dos adolescentes adotam CAL recorrendo a *self-cutting* (cortes) como meio preferencial, que 50% dos adolescentes tinham como motivo de internamento os CAL e a ideação suicida concomitantemente, e que a 75% da amostra foi identificado o Risco Clínico de Auto-Agressão.

Tabela 1 – Caracterização clínica de acordo com a existência de antecedentes de CAL e sua evolução.

Antecedentes pessoais de CAL	Frequência	Percentagem
Sem antecedentes	0	0
Sim, sem referência de duração de evolução	2	25
Sim, há um ano	1	12,5
Sim, há dois anos	3	37,5
Sim, há três anos	1	12,5
Sim, há quatro anos ou mais	1	12,5
Total	8	100%

Tabela 2 – Caracterização clínica de acordo com o tipo de CAL.

Tipo de CAL	Frequência	Percentagem
Cortes	4	50
Cortes + Arranhar-se	0	0
Cortes + Bater-se	1	12,5
Cortes + Infligir dor com outros objetos	1	12,5
Arranhar-se/Bater-se	1	12,5

Bater-se	1	12,5
Total	8	100%

Tabela 3 – Caracterização clínica de acordo com o motivo de internamento.

Motivo de Internamento	Frequência	Percentagem
CAL	1	12,5
CAL + Heteroagressividade	3	37,5
CAL + Ideação Suicida	4	50
Total	8	100%

Tabela 4 – Caracterização clínica de acordo com o risco clínico identificado.

Risco Clínico	Frequência	Percentagem
Muito Alto Risco de Suicídio	1	12,5
Muito Alto Risco de Violência e Fuga	1	12,5
Muito Alto Risco de Auto-Agressividade	4	50
Muito Alto Risco de Suicídio e de Auto-agressividade	1	12,5
Muito Alto Risco de Suicídio, de Auto-agressividade e de Fuga	1	12,5
Total	8	100%

Apêndice IV– Diário de Aprendizagem - Contexto Hospitalar

Reflexão II – Jornal de Aprendizagem (de acordo com Ciclo de Gibbs)

A segunda semana de estágio foi pautada pelo Tempo. Pouco Tempo disponível no meu calendário semanal, e a necessidade de ter Tempo para dar significado às vivências desta semana. Foi nesta semana que me dei conta que o difícil em todo este processo de estágio está relacionado com o Tempo. Se o tempo fosse muito, teria largueza para fazer e também para não fazer tudo o que me é exigido. Se o tempo é escasso, tenho a necessidade – e também a obrigação – de me desdobrar em várias vertentes em matéria de organização.

Logo no início desta segunda semana tive o privilégio de discutir e refletir sobre o que tinha escrito, em conjunto com uma das orientadoras. As diferentes perspetivas e os diferentes óculos que posso colocar marcaram a reflexão realizada – até mesmo nas minhas questões existem diferentes pontos de vista que me fizeram repensar. Sei a resposta para alguma delas, mas fiquei presa ao que vejo e não ao que posso modificar. A Teresa disse-me uma frase que me permitiu dar o *click*: “*O que podes fazer de diferente?*”. Se dei significado a este papel, ambíguo e desafiante, de ser profissional e também estudante, também o sei que é a diferença que me vai permitir chegar às respostas que procuro. E assim, surgiu a necessidade de identificar uma situação em que eu, a Cátia Estudante e futura Enfermeira Especialista, fez diferente com o Outro, diferente na Relação.

Por assumir que tenho esta Carta Bónus – tipo Joker – de conhecer a casa onde estou e a sua dinâmica, tenho que a utilizar de forma a tirar o melhor proveito da mesma. Poderia escolher o caminho da ansiedade de não conseguir ver para lá do que se vê, mas optei por este caminho, mais rigoroso e ambicioso que me desafia a colocar os pés dentro do caminho e não fora dele. Assim, logo no primeiro dia da semana, em interação com os jovens na sala de estar, duas jovens (J. e a M.), adolescentes, solicitam se é possível irem à sala de multimédia. Questiono o Enfermeiro que está na sala se é possível irem assegurando eu a vigilância e acompanhamento até à mesma. É-me reforçado que sim.

Na sala multimédia, uma das jovens posiciona-se no computador, e a outra senta-se ao lado. Questiono o que procuram da sala multimédia – “*Vamos só ver uns vídeos divertidos*”, afirmam. Somos interrompidas no discurso pelos sons do A., adolescente com perturbação do espectro do autismo, que vocaliza de forma altíssima enquanto bate palmas. A jovem J. que se encontra ao lado do computador

diz para a M.: *“No outro dia, o A. deu-me uma chapada tão grande. Se fosse outro, tinha andado à porrada”* – direciona o olhar para mim, e para a jovem, emitindo umas gargalhadas. *“Comigo não se metem”*, diz J. enquanto a M., com cabeça cabisbaixa e ao olhar para o computador, ri-se baixinho e verbaliza *“Ah, comigo também não!”*.

Ainda em pé, mal sei onde me posicionar. Fico tensa, ansiosa, com a nítida obrigação de não poder deixar passar este momento. Procuo uma cadeira na sala e sento-me perto das jovens. Não interfiro no seu espaço, posiciono-me atrás da jovem M., que se encontra no computador, e mais próxima da J. Pergunto-lhe se costuma andar frequentemente à *“porrada”*. A J. retribui *“Não muito, mas se me batem eu bato de volta”*. A M. tenta focar a atenção no vídeo e ri-se da afirmação da colega. Devolvo à jovem J. *“Acredito que seja muito difícil estar numa situação destas, de ser agredida sem motivo. Se calhar conseguimos falar com essa pessoa antes de acontecer algo”*. A J. responde *“Isso não acontece. Uma vez uma amiga minha andou à porrada comigo porque o namorado dela começou a falar comigo. Ela achou que nós estávamos juntos, veio ter comigo e depois acabou com o namorado. O que aconteceu foi que eu fiquei sem dois amigos.”*. Nesse momento percebi que de uma situação informal e leviana, de estar presente num momento em que duas jovens queriam apenas ver vídeos no computador, a intervenção surgiu. Não estava tranquila, e não transmiti certamente tranquilidade. Não tinha um espelho, nem a jovem J. me devolveu, mas a minha expressão não-verbal denunciava que o meu cérebro andava à procura de luzes para guiar esta intervenção.

A jovem M. já não sorria mais, e nem estava interessada na nossa conversa. Continuou tranquilamente a ver o seu vídeo à espera que a J. pudesse voltar a interagir consigo. De fâcias aborrecido, a M. suplicava com o olhar que eu terminasse este diálogo enfadonho. Devolvi à J. que certamente se sentiu muito triste com o facto de não poder ter resolvido de outro modo a situação. Questiono o que poderia ter feito diferente e a J. verbaliza *“Talvez poderia ter tentado falar com a minha amiga... Afinal eu não fiz nada de mal”*. Reforcei positivamente que esse poderia ter sido um caminho e que talvez seria importante falar com o Enfermeiro de Referência sobre essa ou outra situação idêntica. A J. agradece o incentivo, e afirma *“Acho que é uma boa opção, sim”*. De imediato, senti que a intervenção – se é que poderei chamar de intervenção – termina. A M. puxa a J. pelo braço e insiste no vídeo engraçado que estão a ver. Somos rapidamente interrompidas pelo Sr. Auxiliar que informa que o lanche da manhã está pronto.

Dou por mim a fechar a sala de multimédia e a pensar que os últimos minutos tinham sido desastrosos. A pergunta que coloquei à jovem também a mim me coloquei *“O que poderia ter feito diferente?”*. Sem grandes fundamentos ou convicções senti que o mais difícil para mim foi controlar esta ansiedade de poder, erradamente, dizer algo que pudesse não dar sentido ao que a J. me devolveu. Senti que o facto de a J. ter exposto esta situação, naquele local, e comigo, Enfermeira com quem tem pouca relação e à vontade, se traduzia num pedido de ajuda. Dar significado a este pedido de ajuda foi também um desafio, senti que a J. estava muito zangada e que poderia ser explorado num contexto mais privado. Erradamente, talvez, iniciei um diálogo num momento que talvez pudesse não ser o mais apropriado uma vez que a J. estava acompanhada com outra jovem que estava sempre a solicitar a sua atenção. O facto de a J. também não se ter protegido em ter contado esta situação, também me fez desenvolver a intervenção neste caminho, dentro daquilo que era possível naquele momento, e encaminhar para o técnico de referência.

No dia seguinte, foi transmitido na passagem de turno que a J. no turno da tarde do dia anterior tinha tido um momento individual com um técnico, e que tinha verbalizado que estaria muito zangada com a mãe, devido a um conflito familiar. De facto, e hoje também o entendo, a minha intervenção poderá não ter sido desenvolvida num espaço adequado, e poderia certamente ter trabalhado com a jovem ao longo do turno, num momento que fosse mais oportuno. No entanto, talvez o que devolvi à jovem possa ter sido o início de um caminho para trabalhar a zanga que sente, e a dificuldade que é gerir a zanga com os Outros. Não sou, nem serei, a Enfermeira Heróica, longe mim. Mas em vez de pensar que tudo o que fiz foi errado, ou que a intervenção não teve impacto algum, prefiro pensar que as intervenções, agora curtas e recheadas de medos e incertezas, evoluem no sentido de apenas e só, caminhar no sentido do bem-estar do Outro. Não sei se a minha intervenção com a J. potenciou a que esta falasse com um técnico no turno seguinte, mas sei que esta continuidade de cuidados e a transmissão de informação importante que vai acontecendo, permite-me ter outro olhar na relação com a jovem e poder trabalhar noutras situações com ela.

Creio que nesta situação muito específica, o que distinguiu o meu papel, enquanto futura Enfermeira Especialista, do papel anterior, de enfermeira de cuidados gerais, centra-se nesta questão essencial de dar significado ao que vivenciei em mim, mas também no que posso fazer de diferente. Poderia ter aproveitado este momento

para apenas – e só – vigiar o conteúdo digital que as jovens iriam ver, ou simplesmente permanecer junto delas e deixar “escapar” a situação vivenciada pela J., no entanto, considerei que este momento não poderia passar em branco e que teria que ser dado significado.

Num futuro próximo, e nas próximas intervenções, creio que darei maior atenção à importância do *setting* e à privacidade. Embora na situação vivenciada não tenha explorado muito com a J. esta situação, poderia ter questionado a J. se ela queria falar sobre essa situação num contexto mais privado, mais protegido. Também no que diz respeito ao que sinto e transmito - a evolução deste estágio também caminha neste sentido – o de dar significado ao que sinto e também ao modo como o transmito, na relação com o Outro.

Foi também nesta segunda semana, que planeei uma atividade terapêutica de Arte Terapia, com a temática Autorretrato. Esta sessão tinha como objetivos conhecer o grupo e promover a expressão da percepção do Eu. A sessão foi realizada em dois grupos, sendo que cada sessão foi francamente diferente. Não senti dificuldades na condução da sessão, senti sim, dificuldades no momento final, em que poucos elementos (quer de um grupo, quer de outro) partilharam o desenho ou expressaram algo. O Silêncio, tão difícil de gerir para mim, dominou a etapa final da sessão, nos dois grupos, e senti-me desconfortável com o sucedido, sentindo a necessidade de validar com a Enfermeira Raquel se as sessões tinham corrido bem e onde é que tinha falhado. Mais uma vez, procurei dar significado a esta vivência. Hoje, refletindo, consigo perceber que sou uma figura estranha e recente, e que para além de ser muito difícil partilhar com quem não conhecemos tão bem, é igualmente difícil partilhar em grupo. Senti, no entanto, que esta sessão teve o seu impacto, em cada um dos jovens de modo diferente, e que o seu resultado – apesar de não verbalizado – poderá ser trabalhado em sessões futuras.

Por fim, resta realizar um balanço da semana que passou. Considero que foi uma semana com um balanço positivo, embora cansativa, e por vezes, em que me encontrava com pouca disponibilidade para o Outro. O facto de trabalhar na mesma área e de conciliar o estágio faz com que eu esteja constantemente em relação com o Outro, e este é um desafio que também irei trabalhar daqui para a frente. Há momentos em que não me encontro disponível para o Outro, e sempre que tal aconteça, devo tomar consciência. Se não me encontro disponível para o Outro, na relação, este vai considerar que, mais uma vez, alguém está ali ao seu lado só por

estar. E não é de todo, o papel que quero ter na relação de quem cuida. Quero sim, fazer a diferença, e estar a 100% ao lado de quem precisa de ajuda.

Apêndice V– Plano de Sessão Dança e Movimento (nº1) – “Eu e o Mundo”

Plano de Sessão nº1 – “Eu e o Mundo”

Participantes: 8 participantes

Enfermeiras Responsáveis: Enfermeira EESMP e Estudante de Mestrado Cátia Rodrigues

Objetivos Gerais: Promover a coesão grupal; proporcionar a expressão do seu mundo e a identificação do papel que querem ter no seu mundo.

Mediadores: Lençóis

Local: Ginásio

Duração: 50 min

Fases	O Exercício	Condução Verbal	Música e Duração	Material
1. Flowing	Aquecimento: <ul style="list-style-type: none">- Caminhar pela sala- Cumprimentar cada elemento com um gesto/expressão facial diferente (aperto de mão, abraço, sorriso, toque de pé, toque de ombro, etc)- Tomar consciência de si e do seu corpo- Preparar o corpo para a etapa seguinte – realizar pequenos movimentos ao som da música	“Vamos caminhar livremente pela sala” “Olhar o Outro nos olhos e sorrir-lhe” “Vamos parar e cumprimentar o Outro com um gesto diferente, e vamos cumprimentar o grupo todo” “Começamos a sentir a música nos nossos pés, a subir pelas pernas” “Começamos a sentir no corpo o que música nos pede...ora mexemos o braço, ora mexemos o ombro...” “Dançamos livremente, sem medo, sentimos apenas a música!”	HMB – Naptel Xulima	- Computador - Coluna
2. Stacatto	<ul style="list-style-type: none">- Dançar livremente pela sala- Ir rodeando os vários “mundos” colocados no chão	- “Hoje vamos dançar o Mundo! O nosso mundo... os vários mundos que nos rodeiam” “Todos nós temos uma visão diferente do mundo”	Imagine Dragons – Radioactive	- Lençóis

		<p>“O nosso mundo vai sendo construído por nós...com os nossos sonhos, as nossas ideias, os nossos pensamentos”</p> <p>“Com aquilo que nos faz feliz, com pessoas de quem gostamos muito, mas também com o que nos entristece”</p> <p>“O nosso mundo é construído pelas nossas escolhas...”</p> <p>“Vamos trazendo para o nosso mundo aquilo com que nos identificamos”</p> <p>“Às vezes construímos o nosso mundo porque nos aliamos a amigos e pessoas de quem gostamos muito porque veem o mundo da mesma forma que nós”</p> <p>“Ou às vezes este mundo para onde fomos arrastados por estes amigos não está a ser bom para nós e só queremos sair deste mas não sabemos como”</p>	Florence and The Machine- Shake it out	
3. Chaos	<ul style="list-style-type: none"> - Movimentar mais rapidamente pela sala, de forma desorganizada - Saltar de mundo em mundo - Ficar preso nestes lençóis como 	<p>“Às vezes o nosso mundo parece cinzento, triste. Não temos esperança! Temos uma visão negativa do nosso mundo”</p> <p>“Vemos este mundo sob a perspetiva de</p>	Da Weasel – Mundos mudos	- Lençóis

	<p>um casulo</p> <ul style="list-style-type: none">- Alguns elementos tentam ajudar outras a tentar-se libertar deste casulo- Outros elementos do grupo tentam prender e agarrar os que se tentam libertar	<p>que tudo o que acontece é para nos ferir... para nos magoar..."</p> <p>"Mas às vezes, vemos a situação só de um ponto de vista e não vemos o outro lado, de tão zangados que estamos"</p> <p>"Noutras vezes o nosso mundo é colorido, alegre... mas não sabemos onde nos colocar... será que devemos ser nós próprios e dizer que não gostamos disto ou daquilo..."</p> <p>"Ou será que temos que fazer o que os outros nos dizem para fazer?"</p> <p>"Onde será que é mais confortável?"</p> <p>"Será que é mais confortável viver neste mundo em que estamos aprisionados?"</p> <p>"Temos que dizer chega!"</p> <p>"Temos que nos conhecer...saber qual o mundo que é melhor para nós"</p> <p>"Tentamos sair deste mundo que não nos faz bem...e às vezes temos ajuda de pessoas que só nos querem bem"</p>	<p>Rudimental – Waiting All Night ft Ella Eyre</p>	
--	---	--	--	--

		<p>“Mas é tão difícil sair deste mundo... temos outras pessoas que nos prendem”</p> <p>“Que peso este!”</p>		
4. Lyrical	<ul style="list-style-type: none"> - Ir ao encontro do Outro - Dar a mão ao Outro, transmitindo-lhe segurança - Acolher o Outro numa roda - Balançar e ir rodando a roda ao som da música 	<p>“Conseguimo-nos libertar deste mundo que não gostamos...”</p> <p>“Ou simplesmente ficamos neste mundo, às vezes é mesmo muito difícil sair.... Mas sabemos que seremos capazes, com a ajuda de outros”</p> <p>“Vamo-nos sentindo mais tranquilos com esta descoberta...que bom que é ter alguém que cuida de nós e nos ajuda quando mais precisamos!”</p> <p>“Que bom que é reconhecer que este mundo não é o mundo que eu quero para mim e mesmo que não consigamos sair já deste mundo, sabemos que há alguém que está ao nosso lado”</p> <p>“Sentimos o calor do grupo, o acolher do outro...”</p> <p>“Sentimo-nos preparados para enfrentar novos mundos!”</p>	<p>Márcia – Tempestade</p> <p>John Mayer – XO</p>	-
5. Stillness	- Regressar à calma;	<p>“Depois de dançarmos o nosso mundo, chegou o momento de regressarmos à calma...”</p>	<p>Olafur Arnalds – Happiness Does Not</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Puffs - Cobertores - Pincéis

	<ul style="list-style-type: none"> - Procurar um local confortável para o momento do relaxamento; - Relaxamento - Despertar. 	<p>“Que bom que é retirarmos alguns pesos de cima e de nos sentirmos tranquilos...serenos”</p> <p>“Procuramos um lugar que seja mais confortável para nós, e deixamo-nos relaxar...”</p> <p>“Deixamos que a nossa respiração volte ao normal, de forma mais tranquila”</p> <p>“Vamos despertando calmamente... cada um no seu ritmo, sentindo o nosso corpo a ficar novamente ativo...”</p>	<p>Wait</p> <p>Ludovico Einaudi – Nuvole Bianche</p>	
<p>Partilha</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Em roda, cada elemento partilha como foi para si a sessão; - Pede-se ao grupo, sugestões para a próxima sessão; - Pede-se a cada elemento que descreva a atividade numa só palavra 			

Avaliação da Sessão:

Nesta sessão, participaram quatro adolescentes da amostra identificada. Por se encontrarem em fases diferentes do internamento, as suas partilhas são também diferentes. A maioria dos adolescentes aderiram às várias propostas de dinâmicas desta atividade, descrevendo que na atividade se sentiram “felizes”, e deram ênfase à união e adesão grupal sentida. As quatro adolescentes referem ter dificuldades na partilha das emoções, bem como no relaxamento, afirmando que os pensamentos negativos impedem que relaxem. No decorrer da atividade, foi notório que a maioria do grupo apresentou fâcies aberto e expressivo, com postura disponível e empenhados na adesão e construção de novas dinâmicas com momentos fluídos e espontâneos.

	Participação	Partilha
D.	Integrou a atividade, no entanto, apresentou-se pouco disponível na sessão. Postura retraída, fâcies aborrecido. Pouco envolvida nas dinâmicas e com comportamento de colagem à A. com necessidade de mediação. Na partilha, fâcies aborrecido, postura retraída e cabisbaixa, com dificuldades em expressar-se.	Com fâcies aborrecido, classifica a sessão como “seca”. Quando questionada que parte da sessão achou mais “seca”, recusa partilhar e pergunta se pode sair.
A.	Integrou a atividade com empenhado e aparentemente, com agrado. Durante a atividade, com necessidade de mediar relação com D. Inicialmente fâcies fechado e postura retraída, que gradualmente se dissipou. Aderiu às dinâmicas propostas, com movimentos fluídos e espontâneos.	Descreve a atividade como “legal”, com dificuldades em encontrar sentimentos e emoções sentidas no decorrer da sessão.

B.	Participou na atividade com postura disponível, fâcies expressivo e sorridente. Por vezes, com alguma dificuldade em integrar as dinâmicas propostas, necessitando de auxílio. Dificuldades na utilização do corpo enquanto recurso. Apresentou dificuldades no relaxamento.	Verbaliza que sentiu dificuldades em relaxar no final da atividade, no entanto, não consegue explicar o porquê. Quando questionada sobre sentimentos e emoções vivenciados na atividade, só consegue classificar a atividade como “confusa”.
R.	Integra a atividade com iniciativa, com postura disponível e tranquila. Adere às dinâmicas propostas com empenho e dedicação, realizando movimentos fluídos. Fâcies alegre e expressivo.	Na partilha final, descreve que se sentiu “feliz”.
L.	Integra a atividade com postura retraída e reservada, mas envolve-se nas dinâmicas propostas com empenho. Fâcies fechado, pouco expressivo. Com necessidade de ser incentivada para iniciar as dinâmicas.	Na partilha fala na dificuldade que tem em relaxar por ter muitos pensamentos. Fala na união e adesão grupal, e que se sentiu bem no meio do grupo. Classifica a atividade com “União”.

Apêndice VI– Plano de Sessão Dança e Movimento (nº2) – “Outono – Recolher e
Semear”

Plano de Sessão nº2 – “Outono – Recolher e Semear”

Participantes: 8 participantes

Enfermeiras Responsáveis: Enfermeira EESMP e Estudante de Mestrado Cátia Rodrigues

Objetivos Gerais: Promover a coesão grupal; Promover o auto-conhecimento; Promover a identificação de estratégias para dar sentido ao passado e iniciar uma nova etapa; Promover a resolução de problemas; Promover a gestão emocional.

Mediadores: Lençóis

Local: Ginásio

Duração: 50 min

Fases	O Exercício	Condução Verbal	Música e Duração	Material
1. Flowing	Aquecimento: <ul style="list-style-type: none">- Caminhar pela sala- Cumprimentar cada elemento com um cumprimento diferente- Tomar consciência de si e do seu corpo- Preparar o corpo para a etapa seguinte – realizar pequenos movimentos ao som da música	“Vamos caminhar livremente pela sala” “Olhar o Outro nos olhos e sorrir-lhe” “Vamos parar e cumprimentar o Outro com um olhar ... depois com um aperto de mão ou um toque de ombro, cumprimentando sempre de forma diferente” “Começamos a sentir a música nos nossos pés, a subir pelas pernas” “Começamos a sentir no corpo o que música nos pede...ora mexemos o braço, ora mexemos o ombro...” “Dançamos livremente, sem medo, sentimos apenas a música!”	Michael Bubblé – Haven't met you yet	- Computador - Coluna

<p>2. Stacatto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dançar livremente pela sala - A cada elemento é dado um lençol, para que, individualmente, vivencie o seu próprio Outono, vivenciando o vento do Outono, o cair das folhas ... 	<ul style="list-style-type: none"> - “Hoje vamos dançar o Outono!” - “No Outono a natureza prepara-se para a etapa que se segue... Uma etapa mais rigorosa, mais fria, mais escura – o Inverno” - “No Outono, a temperatura desce e agasalhamo-nos mais, pedimos mais aconchego” - “No Outono, as folhas caem para enriquecer o solo e para dar lugar à maravilha que aí vem” - “No Outono o pôr-do-sol tem outra cor...A luz é mais serena, mais tranquila” “Também as nossas folhas vão sendo agitadas com este vento de Outono” “Este vento de Outono também despenteia, e pede para olharmos para nós” 	<p>Fly me to the moon – Frank Sinatra</p> <p>One Direction – Perfect</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lençóis - Cobertores
<p>3. Chaos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Movimentar mais rapidamente pela sala, de forma desorganizada - Com o lençol fazer vento e ir dançando ao sabor do vento - Com o lençol, criar a tempestade de Outono e desafiar quem quiser, a passar por baixo da tempestade 	<ul style="list-style-type: none"> “Para olhar para as nossas folhas e para nos desprendermos de algo que já é passado” “Para que os pensamentos sejam levados pelo vento como estas folhas” “Estas folhas que agora vão deixam marcas e memórias, e também têm o seu encanto...” 	<p>Owl City & Carly Rae Jepsen - Good Time</p> <p>Pink – What about us</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lençóis

		<p>“Estas cores As variações do azul, do castanho...o passado continua a ser belo e não é esquecido”</p> <p>“Mas o vento que nos agita não acaba e a tempestade surge”</p> <p>“Quem se arrisca a passar por esta tempestade?”</p>		
4. Lyrical	<ul style="list-style-type: none"> - Pedir a cada um que se movimente pela sala com o seu lençol e que no seu ritmo, o vá deixando pelo chão - Em roda, ir juntando os lençóis caídos e ir dançando mais calmamente à volta 	<p>“Esta tempestade agitou as nossas folhas e a pouco e pouco elas vão caindo”</p> <p>“Cada um, no seu ritmo, também pode deixar para trás estas folhas, e começar uma nova etapa”</p> <p>“Vamos reunindo estas folhas num montinho e vamos contemplar estas folhas que já caíram, mas que fizeram parte de nós”</p> <p>“Agora que arriscámos em deixá-las, é tempo de refletir sobre o que passou, mas também de procurar olhar para nós”</p>	<p>Melim – Dois corações</p> <p>Isaura – Uma Frase não faz a Canção</p>	Lençóis
5. Sitllness	<ul style="list-style-type: none"> - Regressar à calma; - Procurar um local confortável para o momento do relaxamento; - Relaxamento 	<p>“E esta etapa pede-nos para abrandar, e para nos conectarmos mais connosco”</p> <p>“Que bom que é retirarmos alguns pesos de cima e de nos sentirmos tranquilos...serenos”</p> <p>“Procuramos um lugar que seja mais confortável para nós, e deixamo-nos relaxar...”</p>	<p>Fieldof gold – Tobias Berntsson</p> <p>A Whole new world – Love falk</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Puffs - Cobertores

	- Despertar.	<p>“Deixamos que a nossa respiração volte ao normal, de forma mais tranquila”</p> <p>“Vamos despertando calmamente... cada um no seu ritmo, sentindo o nosso corpo a ficar novamente ativo...”</p>		
Partilha	<ul style="list-style-type: none"> - Em roda, cada elemento partilha como foi para si a sessão; - Pede-se ao grupo, sugestões para a próxima sessão; - Pede-se a cada elemento que descreva a atividade numa só palavra 			

Avaliação da Sessão:

Nesta segunda sessão, foi proposto utilizar a temática Outonal enquanto metáfora para dar sentido às novas etapas de vida, como as folhas de Outono que caem, mas que também trazem vida. Neste sentido, foi também objetivo promover uma postura ativa na resolução de problemas, mas também dar sentido às vivências anteriores, mobilizando assim recursos benéficos do passado para utilizar no presente. A gestão emocional é também chamada para a sessão, em que é possível vivenciar algumas das emoções do passado, e dar-lhes outra roupagem.

Assim, a sala e os recursos foram preparados antes do início da sessão, e embora fosse meu desejo a utilização de folhas secas, tal não foi possível, tendo sido utilizado os lençóis em representação simbólica do acumular de folhas no chão.

Considero que a minha postura ainda foi tensa, na medida em que estava mais focada em cumprir o plano de sessão do que em viver as dinâmicas. Apesar disso, no final da sessão apresentei-me mais confortável, disponível para a interação e menos focada no plano, mantendo no entanto, a linha orientadora e os objetivos da sessão.

Abaixo encontra-se uma breve avaliação e descrição das crianças e jovens que integraram a sessão.

	Participação	Partilha
G.	<p>Postura retraída no início da atividade, no entanto, foi ficando progressivamente mais disponível e empenhado nas dinâmicas propostas. Particularmente empenhado na proposta de recolha das “folhas”, onde, de forma simbólica, pontapeou o monte de “folhas” recolhidas do passado. Passa pela tempestade, mas acompanhado por um técnico. Empenhado no agitar da tempestade.</p> <p>Com dificuldade no relaxamento, necessitando da presença de um técnico.</p>	<p>Na partilha revela dificuldades em caracterizar a sessão, mas refere que gostou de andar com o lençol embora não lhe atribua nenhuma emoção ou sentimento.</p> <p>Refere não ter gostado de ter passado pela tempestade, e também não consegue atribuir um significado ao mesmo.</p>
D.	<p>Participou de forma empenhada em todas as dinâmicas, com postura sorridente, fâcies aberto e disponível. Mais espontânea com o grupo do que em sessões anteriores. Passa pela tempestade acompanhada, no entanto, oferece ajuda a quem necessitar de passar acompanhado. Grita por baixo da tempestade.</p>	<p>Dificuldade em expressar o que sentiu na atividade e em caracterizá-la. Refere que foi “bom”.</p>
A.	<p>Participou de forma empenhada na atividade, com fâcies aberto e expressivo, aderindo às propostas sugeridas pela equipa. Interativa com os pares e com disponibilidade para o Outro. Procura proximidade da D. mas também não permite que alguém fique sozinho no grupo, resgatando vários elementos durante as dinâmicas e criando grupos, em especial com quem tem mais afinidade.</p>	<p>Dificuldade em caracterizar a sessão. Diz que foi “legal”.</p>

B.	<p>Participou com empenho na sessão. Com maior disponibilidade para o Outro e para participar nas dinâmicas propostas. Com maior fluidez de movimentos e maior tranquilidade. Fácies aberto, sorridente. É quem toma a iniciativa de passar por baixo da tempestade e de gritar.</p> <p>No relaxamento, não beneficiou do mesmo por adotar um comportamento de colagem da A. e D.</p>	<p>Refere que gostou particularmente da tempestade e de ter gritado. Caracteriza a atividade como “fixe” e “interativa”</p>
I.	<p>Empenhada na atividade e nas dinâmicas propostas. Com maior fluidez dos movimentos que em sessões anteriores, aparentemente com prazer na dança. Com expressão facial tranquila e sorridente. Disponível para o grupo. Procura o abraço.</p>	<p>Refere que a atividade foi “bonita” e sentiu-se “aliviada”. Consegue relacionar a atividade com as fases do internamento e refere que a ajudou muito.</p>
M.	<p>No início da sessão mais retraída, mas gradualmente apresentou-se mais disponível para as dinâmicas propostas e para o grupo. Incentivada pelos pares a passar pela tempestade. Com maior dificuldade nos movimentos.</p>	<p>Refere que a atividade foi “interessante” e que se sente “calma”. Realça como importante na atividade o ter deixado cair as “folhas” mas não consegue expressar como se sentiu ou o porquê de ter sido importante para si.</p>

L.	Participou na atividade com pouco empenho. Postura tensa, retraída, fâcias fechado. Pouco disponível às interações do grupo e com pouca iniciativa para integrar as dinâmicas propostas. Tenta retirar-se na tempestade. Não quis participar no relaxamento, ficando sentada observar o grupo.	Com dificuldades na partilha, recusando fala. Aceita quando lhe é devolvido que foi uma atividade desconfortável. Quando auxiliada a dar sentido diz que só permaneceu para ocupar o tempo.
R.	Participou com empenho na atividade. Inicialmente com postura mais retraída e com movimentos mais contidos, no entanto, com iniciativa dos pares acaba por integrar com maior facilidade as dinâmicas e interage quando solicitada.	Com dificuldade em partilhar o que sentiu, no entanto refere ter gostado da atividade.

Das avaliações e descrições pessoais dos jovens que integraram a atividade, é possível salientar que a dinâmica da “tempestade”, simbolizando o pico de atividade da sessão e também a relação com vivências mais dolorosas, foi o momento eleito pelos jovens para realçar a atividade, e para muitos, representou a necessidade de viver novamente essa “tempestade”, uns com auxílio de outros, outros sozinhos. A dificuldade em expressar as emoções sentidas no decorrer da atividade continuam a ser um dos pontos identificados pelos jovens na partilha final da sessão.

Apêndice VII– Plano de Sessão Dança e Movimento (nº3) – “Eu e os Outros”

Plano de Sessão nº3 – “Eu e os Outros”

Participantes: 8 participantes

Enfermeiras Responsáveis: Enfermeira EESMP e Estudante de Mestrado Cátia Rodrigues

Objetivos Gerais: Promover a coesão grupal; promover a auto-estima; promover o empoderamento; potenciar competências sociais; promover estabelecimento de limites na relação com o Outro

Mediadores: Cobertores; Balões; Lençóis

Local: Ginásio

Duração: 50 min

Fases	O Exercício	Condução Verbal	Música e Duração	Material
1. Flowing	<p>Aquecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caminhar pela sala - Explorar cada canto da sala, e ir sentindo a música - Tomar consciência de si e do seu corpo - Cumprimentar o outro - Preparar o corpo para a etapa seguinte – realizar pequenos movimentos ao som da música 	<p>“Vamos caminhar livremente pela sala, explorando cada canto deste espaço”</p> <p>“Vamos sentindo a música e vamos tomando consciência do nosso corpo”</p> <p>“À medida que vamos sentindo a música e vamos andando pela sala, vamos cumprimentar o Outro que se cruza no nosso caminho”</p> <p>“Começamos por cumprimentar com o Olhar”</p> <p>“Agora podemos cumprimentar como entendermos...com um aceno de mão, um aperto de</p>	<p>HMB – Não me leves a mal</p> <p>Lips are movin – Meghan Trainor</p>	<p>Computador</p> <p>- Coluna</p>

		<p>mão, um toque de ombro ou de pé...”</p> <p>“Começamos a sentir a música nos nossos pés, a subir pelas pernas”</p> <p>“Começamos a sentir no corpo o que música nos pede...ora mexemos o braço, ora mexemos o ombro...”</p> <p>“Dançamos livremente, sem medo, sentimos apenas a música!”</p>		
<p>2. Stacatto</p>	<p>- Dançar livremente pela sala</p> <p>- Dançar sozinho e ir explorando o espaço individual – até onde vão os nossos limites?</p>	<p>“Hoje vamos dançar as nossas relações com os Outros!”</p> <p>“Todos nós nos relacionamos com pessoas durante o dia”</p> <p>“E todas essas relações são diferentes”</p> <p>“Relacionamo-nos com os nossos pais, com os nossos professores, com os nossos amigos e também com os nossos conhecidos”</p> <p>“Mas antes de nos relacionarmos com o Outro, temos que nos conhecer bem e temos de cuidar de nós”</p> <p>“Saber como gostamos de dançar e ir dançando pela vida”</p>	<p>Dancin in the moonlight – Toploader</p>	<p>Balões</p>

	<p>- Convidar o Outro para dançar experimentando várias interações (lado a lado, deixar o Outro ir à frente, deixar-se conduzir um comboio ...)</p> <p>- Dançar em par e em Roda</p>	<p>“E enquanto nos vamos conhecendo...vão surgindo pessoas na nossa vida com as quais nos relacionamos. Vamos criando as nossas ligações e vamos convidando o Outro a fazer também caminho connosco”</p> <p>“Essa pessoa, que entra na nossa vida, entra por diversos motivos.... Pode dançar lado a lado connosco; pode ir a trás de nós.... Pode ir à nossa frente, ou simplesmente, ser verdadeiramente nosso amigo e dançar a um ritmo que não é nosso, nem do Outro, mas que é construído”</p> <p>“E com isto, vamos construindo relações Diferentes. De pessoa para pessoa, com vários objetivos”</p>	<p>We can do better – Matt Simons</p>	
<p>3. Chaos</p>	<p>- As rodas vão se entrelaçando sem se desfazer, dançando no seu ritmo</p>	<p>“E nestas relações com o Outro, nem todos são verdadeiramente nossos amigos”</p> <p>“Às vezes são só conhecidos ... ou apenas pessoas com quem passamos o tempo e nos divertimos”</p> <p>“Às vezes, relacionamo-nos com pessoas que passam pelas mesmas dificuldades que nós e</p>	<p>Lucky Strike – Maroon 5</p>	

	<p>- Cada um vai experimentando ir ao centro, e trocar de lugar na roda</p> <p>- A pouco e pouco estas rodas vão se unindo numa só</p>	<p>pensamos que como estamos a passar pelo mesmo, que podemos ser amigos”</p> <p>“E quando isso acontece, não cuidamos de nós! Estas relações ficam confusas, emaranhadas!”</p> <p>“Não sabemos distinguir estes ritmos! Não sabemos distinguir o que é ser amigo, nem quando devemos ser amigo”</p> <p>“Esquecemo-nos do propósito de nos relacionarmos com aquela pessoa”</p> <p>“Vamos experimentando vários papéis nesta relação e não sabemos bem onde nos encaixar”</p>	<p>Run Run Run – Celeste Buckingham</p>	
<p>4. Lyrical</p>	<p>- Dançar numa só roda, de forma mais tranquila e organizada – Olhando o Outro nos olhos</p> <p>- Propor aconchegar o Outro na roda e ir trocando com os restantes elementos</p>	<p>“Nestas relações que vamos construindo, precisamos de abrandar e de pensar em nós, e no benefício que a relação com o Outro tem”</p> <p>“Mas é importante que ela faça sentido e que possamos nos sentir cuidados”</p>	<p>You’ve got a friend in me</p> <p>Elas – Eu gosto de ti</p>	<p>- Cobertores</p>

	- Com um cobertor, embalar o Outro cuidando dele			
5. Sittiness	- Regressar à calma; - Procurar um local confortável para o momento do relaxamento; - Relaxamento	<p>“Agora que nos sentimos cuidados é tempo de acalmar o corpo”</p> <p>“Vamos procurar um espaço que seja confortável para relaxar”</p> <p>“Vamos descomprimir o corpo, deitamo-nos numa posição confortável e fechamos os olhos”</p> <p>“Inspiramos e expiramos profundamente”</p> <p>“Sentimos o nosso corpo a ficar cada vez mais relaxado, leve....”</p> <p>“Sentimo-nos tranquilos e serenos”</p> <p>“Agora, a pouco e pouco, cada um no seu ritmo, começamos a regressar...”</p> <p>“Sentimos os dedos dos pés... as pernas.... Os músculos dos braços vão se ativando e abrimos devagar os olhos”</p>	<p>Color of the Wind – Ludovico Sage</p> <p>Always on my mind – Brandon Mills</p>	<p>- Puffs</p> <p>- Cobertores</p>

	- Despertar.			
Partilha	- Em roda, cada elemento partilha como foi para si a sessão; - Pede-se ao grupo, sugestões para a próxima sessão; - Pede-se a cada elemento que descreva a atividade numa só palavra			

Avaliação da Sessão:

No decorrer desta sessão, senti-me mais confortável na dinamização da atividade, sempre com o auxílio da enfermeira orientadora. Por vezes sentia que precisava de utilizar mais as indicações verbais, e por vezes sentia que devia apenas integrar as dinâmicas e viver mais a sessão. Este difícil balanço entre a necessidade de orientar a sessão e de a vivenciar simultaneamente, foi discutida no final da sessão com a enfermeira orientadora, e de facto foi bastante positivo ter tido a oportunidade de refletir sobre a minha postura na sessão.

De acordo com a partilha dos jovens que integraram a atividade, esta sessão permitiu interagir com o Outro de outro modo, colocando limites se necessário e também, ajustando os limites ao contexto, neste caso, ao som da música. A maioria refere ter-se sentido bem no decorrer da atividade, e salientam um dos momentos finais, em que é sugerido deitar-se num cobertor e ser embalado pelo grupo. O grupo que cuida, que acolhe, mas que acima de tudo, que suporta. Esta importância de ser cuidado e ser suportado para o Outro pode ter despertado em alguns jovens a carência destes cuidados, sejam de amigos ou de familiares.

	Participação	Partilha
I.	<p>Participou de forma empenhada, procurando a interação com o Outro. Disponível em dançar as dinâmicas propostas.</p> <p>Com postura tranquila, fâcies aberto e expressivo. Quando interagia com o Outro, mantinha o contacto visual, e experimentava diversos movimentos, de forma fluída.</p>	<p>Descreve que esta atividade foi diferente, em que pela primeira vez sentiu que todo o grupo estava à vontade. Sentiu as pessoas livres.</p> <p>Descreve a atividade como “Única”.</p>
R.	<p>Postura retraída ao longo da atividade, fâcies pouco expressivo, cabisbaixo.</p> <p>Aderiu às dinâmicas propostas. Dificuldade em integrar dinâmicas com interação com o Outro.</p>	<p>Na partilha, descreve que se sentiu seguro como já há muito tempo não se sentia.</p> <p>Descreve a atividade como “Divertido”.</p>
B.	<p>Foi a primeira vez que participou na atividade, com postura tranquila, fâcies expressivo, sorridente e aberto.</p> <p>Movimentos fluidos, com boa interação com o Outro. Disponível às dinâmicas propostas. Sentiu-se cansada a meio da atividade, e verbaliza junto dos técnicos essa dificuldade.</p>	<p>Descreve que se sentiu cansada na atividade, e que a parte que mais gostou foi a parte em que foi cuidada e embalada pelo grupo.</p> <p>Descreve a atividade como “Divertida”.</p>

F.	<p>Empenhado em todas as dinâmicas propostas que foram surgindo. Com iniciativa na interação com o Outro foi propondo e sugerindo movimentos. Postura tranquila, fâcies aberto e expressivo.</p>	<p>Realça que o que mais sentiu na atividade foi a união do grupo, algo que já não sentia a algum tempo.</p>
G.	<p>Inicialmente, inquieto, tentando interromper por diversas vezes o técnico. Interage com o Outro com postura agressiva, tentando quebrar rodas com mais de duas pessoas. Com dificuldade em cumprir as regras da sessão. Postura de oposição, acaba por retirar-se da atividade.</p>	
A.	<p>Postura retraída que alterna com tranquila. Fâcies aborrecido por períodos. Integra as dinâmicas com o grupo.</p>	<p>Descreve que se sentiu segura e protegida pelo grupo. Descreve a atividade como “Feliz”.</p>

B.	Inicialmente com postura retraída que se foi dissipando. Gradualmente mais disponível para as dinâmicas propostas. Permitiu-se ir ao centro da roda, e com forte interação com o Outro.	Realça da atividade a dinâmica em que é proposto colocar limites ao outro.
----	---	--

Apêndice VIII– Plano de Sessão Dança e Movimento (nº4) – “Limites”

Plano de Sessão nº4 – “Limites”

Participantes: 8 participantes

Enfermeiras Responsáveis: Enfermeira EESMP e Estudante de Mestrado Cátia Rodrigues

Objetivos Gerais: Promover o auto-conhecimento e auto-conceito; promover a identificação de limites na relação com o Outro; promover competências sociais

Mediadores: Cobertores; Lençóis

Local: Ginásio

Duração: 50 min

Fases	O Exercício	Condução Verbal	Música e Duração	Material
1. Flowing	<ul style="list-style-type: none">- Dança Livre- Tomar consciência de si e do Outro- Jogo do Esconde e do Destapa	<p>“Vamo-nos espalhando pela sala e vamos tomando consciência do nosso corpo”</p> <p>“Consciência do que a música provoca em nós”</p> <p>“E neste encontro com o Outro vamo-nos cumprimentando com o Olhar ou com o Sorriso”</p> <p>“Ou com um aperto de mão ou um abraço”</p> <p>“E nesta possibilidade de nos encontrarmos com o Outro, vamo-nos permitindo tapar a nossa face ou destapá-lo, conforme nos sentimentos confortáveis”</p> <p>“Separando aquilo que eu torno público e o que</p>	<p>Try – Colbie Caillat</p> <p>We can do Better – Matt Simons</p>	<ul style="list-style-type: none">- Computador- Coluna

		torno privado” “E às vezes, até, possibilitarmos-nos de ver um pouco”		
2. Stacatto	<ul style="list-style-type: none"> - Interação com o Outro – tocar no braço/perna/cabeça do Outro provocando um movimento - Explorar o limite do Espaço e do EU 	<p>“E quando nos sentimos confiantes em destapar e ver tudo o que nos rodeia, interagimos com o Outro”</p> <p>“Ao sabor da Dança”</p> <p>“E nesta interação com o Outro, vamos tocar no braço ou na cabeça do Outro e ver que movimento esse toque desencadeia”</p> <p>“Mas por vezes o Outro não quer receber este toque e é necessário colocar um limite”</p> <p>“Ao ritmo da música, temos este espaço para explorar”</p> <p>“Podemos explorar o limite da sala – desde o chão até à parede, e até onde conseguimos ir, em direção ao teto”</p> <p>“E sob outra perspetiva, saber colocar o limite ao Outro”</p>	<p>Feeling – HMB</p> <p>Perfect Strangers – Jonas Blue ft JP Cooper</p>	<p>Computador</p> <p>- Coluna</p>
3. Chaos	- Viver o limite do EU e a interação com o Outro	“Às vezes não basta colocar um limite com a mão, é preciso dizer que Não!”	Natural – Imagine Dragons	- Computador

	- Em grupo ou em par, jogo do limite com o Outro	<p>“É preciso dizer Basta!”</p> <p>“Quero ouvir o vosso Não!”</p> <p>“Podemos ir experimentando vários modelos de por o limite no Outro!”</p> <p>“Para que ele possa respeitar o nosso espaço”</p> <p>“E até neste jogo de par, poder ir até onde o Outro me permite”</p> <p>“Sabendo respeitar o espaço do Outro”</p>	Uprising – Muse	r - Coluna
4. Lyrical	<p>- Roda em grupo</p> <p>- Poder ir ao centro da roda ou trocar de Lugar na roda</p>	<p>“E depois de viver o nosso limite e o limite do Outro é hora de acalmar o corpo”</p> <p>“Tempo de acolher o Outro na roda”</p> <p>“De poder ir ao centro da roda, naquele que é o respeito muto pelo espaço do Outro”</p> <p>“Poder trocar de lugar na roda se assim o desejarmos”</p> <p>“E poder dançar, tranquilamente nesta Roda”</p>	<p>Se Eu – Fernando Daniel</p> <p>Partida – Caio</p>	- Computador - Coluna
5. Sitllness	<p>- Regressar à calma;</p> <p>- Procurar um local confortável para o momento do relaxamento;</p>	<p>“Agora que nos sentimos cuidados é tempo de acalmar o corpo”</p> <p>“Vamos procurar um espaço que seja confortável para relaxar”</p> <p>“Vamos descomprimir o corpo, deitamo-nos</p>	I am with thee – Igraine	- Puffs - Cobertores

	<ul style="list-style-type: none"> - Relaxamento - Despertar. 	<p>numa posição confortável e fechamos os olhos”</p> <p>“Inspiramos e expiramos profundamente”</p> <p>“Sentimos o nosso corpo a ficar cada vez mais relaxado, leve.”</p> <p>“Sentimo-nos tranquilos e serenos”</p> <p>“Agora, a pouco e pouco, cada um no seu ritmo, começamos a regressar...”</p> <p>“Sentimos os dedos dos pés... as pernas.... Os músculos dos braços vão se ativando e abrimos devagar os olhos”</p>	O meu Cão – Luísa Sobral	
Partilha	<ul style="list-style-type: none"> - Em roda, cada elemento partilha como foi para si a sessão; - Pede-se ao grupo, sugestões para a próxima sessão; - Pede-se a cada elemento que descreva a atividade numa só palavra 			

Avaliação da sessão:

A realização desta sessão com a temática “Limites” foi ao encontro da emergência grupal identificada no decorrer dessa semana. O grupo de jovens que se encontrava internado, apresentava dificuldades na gestão dos limites da relação com o Outro e isso traduzia-se em implicações, variadas, para cada uma das crianças/jovens internado. Assim, a emergência grupal tornou-se

importante de ser trabalhada na atividade terapêutica, e a temática ia também ao encontro do projeto de estágio. A proposta desta sessão seria a de utilizar o corpo e o movimento para colocar barreiras à aproximação do Outro. Assim, as dinâmicas no decorrer da sessão utilizaram o movimento para aproximar do Outro; para invadir o espaço do Outro; para ser mais permissivo com o Outro; ou para autorizar, ou não, a aproximação do Outro. Assim, os dinamizadores da sessão iam lançando estas dinâmicas, e o grupo ia aderindo, cada um no seu ritmo.

Esta que era a quinta sessão, já me permitiu dinamizar a sessão com maior disponibilidade e conforto, recorrendo sempre ao auxílio da enfermeira orientadora. As dinâmicas já surgiam de forma mais suave e fluída, e a própria espontaneidade do grupo foi sendo integrada no plano de sessão, de acordo com os objetivos.

De uma forma geral, o grupo aderiu positivamente à sessão, verbalizando a liberdade associada à atividade, e que lhes permitiu vivenciar e refletir sobre situações e emoções passadas.

	Participação	Partilha
E.	Inicialmente com postura retraída, fâcies pouco expressivo, com necessidade de estímulo dos técnicos para integração nas dinâmicas. Progressivamente mais motivada e empenhada nas dinâmicas, desfrutando dos movimentos e da dança. No relaxamento consegue usufruir.	Na partilha, refere que se sentiu livre.
G.	Integra a atividade com motivação, investindo nos movimentos e até construindo novos movimentos. Sem comportamentos desajustados, no entanto, com necessidade de	Pede para sair da sessão por se sentir indisposto, e volta a

	relação dual com técnico, consegue desfrutar da sessão, aparentemente com expressão facial sorridente.	integrar dizendo na partilha que só entrou para ter “verde”.
L.	Integrou a atividade, inicialmente com postura retraída, fâcies triste e cabisbaixo, que progressivamente foi-se dissipando, integrando as dinâmicas. Progressivamente mais participativa e interativa com o Outro, conseguindo estabelecer de forma franca os seus limites na interação com o Outro. Conseguiu usufruir do relaxamento.	Referiu que conseguiu centrar o seu pensamento no agora, esquecendo as suas preocupações atuais.
C.	Integrou a atividade com postura retraída, fâcies aborrecido e postura reservada. Participou com pouca disponibilidade para a interação com técnicos e grupo. Na dinâmica proposta de colocar o limite ao Outro, apresentava-se mais retraída, com fâcies mais apreensivo, verbalizando num discurso mais hipofónico “Não”. Manteve-se tensa no relaxamento, com dificuldade em reduzir a tensão corporal, apresentando-se lábil por períodos.	Na partilha verbalizou que foi confuso, tendo feito ressonância com vivências anteriores.
B.	Integrou a atividade inicialmente com fâcies aborrecido e postura tensa, tendo gradualmente aumentado a sua disponibilidade para a interação com o grupo e com os	Referiu que conseguiu expressar os seus sentimentos, tendo referido a

	técnicos. Investida na dança e nos movimentos, sabendo colocar os limites ao Outro, com movimentos corporais e expressão corporal. Conseguiu usufruir do internamento.	tristeza como a emoção que mais libertou. “Foi bom para expressar emoções”
--	--	--

Apêndice IX– Plano de Sessão Dança e Movimento (nº5) – “Adolescer”

Plano de Sessão nº5 – “Adolescer”

Participantes: 8 participantes

Enfermeiras Responsáveis: Enfermeira EESMP e Estudante de Mestrado Cátia Rodrigues

Objetivos Gerais: Promover a coesão grupal; promover a auto-estima; promover o empoderamento; potenciar competências sociais; promover gestão emocional

Mediadores: Cobertores; Lençóis

Local: Ginásio

Duração: 50 min

Fases	O Exercício	Condução Verbal	Música e Duração	Material
1. Flowing	Aquecimento: <ul style="list-style-type: none">- Começar no Chão, cada um, embrulhado no lençol- Ir gradualmente movimentando várias partes do corpo- Gradualmente, cada um, deve-se ir erguendo e começar a dançar ao ritmo da música- Movimentar pela sala e dançar ao ritmo da música- Ir interagindo com o Outro	<p>“Hoje começamos a nossa atividade de forma diferente ... Pedimos que cada um de vós utilize o lençol, como entenderem, e que se envolvam no chão”</p> <p>“Vamo-nos movimentando, no chão, ao ritmo da música”</p> <p>“E vamos relembrar este renascer, a descoberta do mundo e de nós mesmos”</p> <p>“Como seres únicos... e a pouco e pouco vamos levantando e vamos descobrindo o mundo ao nosso redor”</p>	<p>Como Seria – Dino d’Santiago</p> <p>Só me apetece dançar – Tiago Nacarato</p>	<p>- Computador</p> <p>- Coluna</p>

		“E vamo-nos permitindo interagir com o Outro que vai cruzando o nosso caminho”		
2. Stacatto	<ul style="list-style-type: none"> - Dar vida ao seu lençol - Dançar e jogar vários jogos da infância – dançar de roda em roda, saltar à corda 	<p>“Hoje vamos dançar o crescimento até aos dias de hoje – até à adolescência”</p> <p>“Vamos recordar a infância”</p> <p>“Recordar os jogos de infância”</p> <p>“Poder brincar”</p>	<p>Can’t stop the feeling – Justin Timberlake</p> <p>Dance with me tonight – Olly Murs</p>	
3. Chaos	<ul style="list-style-type: none"> - Dançar em roda ao ritmo da música- - Emaranhar a roda – roda em tensão - Tentar colocar a roda no lugar 	<p>“Vamos dançar a adolescência”</p> <p>“Por vezes confusa e emaranhada como esta roda”</p> <p>“Mas também nos permite olhar o outro”</p>	<p>Maps – Maroon 5</p> <p>Teeth – 5 seconds</p> <p>A Terra Gira - Os quatros e Meia</p>	
4. Lyrical	<ul style="list-style-type: none"> - Dançar numa só roda, de forma mais tranquila e organizada - Roda de Embalo - Exercício de Confiança 	<p>“E agora esta roda, que vai balançando ao ritmo da música”</p> <p>“Vamo-nos tranquilizando neste aconchego...neste embalo”</p> <p>“E à vez, cada um de vós, pode ir ao centro, e de olhos fechados pode-se deixar cair para algum lado da roda”</p>	<p>Birds – Imagine Dragons</p> <p>Anda estragar-me os planos – Salvador Sobral</p>	- Cobertores

		“O grupo suporta”		
5. Sitllness	<ul style="list-style-type: none"> - Regressar à calma; - Procurar um local confortável para o momento do relaxamento; - Relaxamento - Despertar. 	<p>“Agora que nos sentimos cuidados é tempo de acalmar o corpo”</p> <p>“Vamos procurar um espaço que seja confortável para relaxar”</p> <p>“Vamos descomprimir o corpo, deitamo-nos numa posição confortável e fechamos os olhos”</p> <p>“Inspiramos e expiramos profundamente”</p> <p>“Sentimos o nosso corpo a ficar cada vez mais relaxado, leve....”</p> <p>“Sentimo-nos tranquilos e serenos”</p> <p>“Agora, a pouco e pouco, cada um no seu ritmo, começamos a regressar...”</p> <p>“Sentimos os dedos dos pés... as pernas.... Os músculos dos braços vão se ativando e abrimos</p>	<p>Gravity – John Mayer</p> <p>When I am the thee – Igraine</p> <p>While You Sleep – Late Era</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Puffs - Cobertores

		devagar os olhos”		
Partilha	<ul style="list-style-type: none"> - Em roda, cada elemento partilha como foi para si a sessão; - Pede-se ao grupo, sugestões para a próxima sessão; - Pede-se a cada elemento que descreva a atividade numa só palavra 			

Avaliação da Sessão:

A temática desta sessão afigurava-se como uma temática difícil de estruturar para uma sessão de dança e movimento, mas também, detinha algum receio no impacto que esta temática teria no grupo de jovens. Assim, procurei, em conjunto com a enfermeira orientadora, estruturar uma sessão que permitisse revisitar a infância e percorrer o caminho até chegarmos à adolescência, vivenciando o que também com ela traz: momentos positivos e momentos negativos. De forma espontânea, o grupo foi construindo dinâmicas dentro da sessão, como representar brincadeiras da infância – saltar à corda, jogo do esconde-esconde. A interação com o Outro foi trabalhada na sessão, e muitos jovens tiveram a iniciativa de interagir de forma espontânea com o Outro, utilizando a dança e o movimento. De uma forma global, os jovens apresentaram-se muito disponíveis, alguns mais constrangidos no início, mas no fim acabaram por se apresentar mais confortáveis, adotam movimentos e posturas mais fluídas. A dificuldade das emoções na partilha final continua a ser uma dificuldade comum a todos, no entanto, a maioria descreve a sessão como benéfica, relatando sentimentos de bem-estar.

	Participação	Partilha
R.	<p>Inicialmente retraído, com postura tensa, com olhar cabisbaixo e com mãos nos bolsos, procurando a proximidade com a jovem A. Com incentivo, quer dos técnicos, quer do grupo, adere às dinâmicas propostas. Progressivamente mais espontâneo e disponível.</p> <p>No relaxamento, aparentemente, beneficia do mesmo.</p>	<p>Na partilha final refere que gostou da atividade tendo sentido bem-estar.</p>
B.	<p>Integrou a atividade de forma empenhada, ativa e aparentemente com agrado. Fácies expressivo, sorridente. Adere às dinâmicas propostas, movimentando-se de forma fluida. Interage com o Outro. No relaxamento, com alguma dificuldade em relaxar.</p>	<p>Na partilha refere que gostou de ter estado no centro da roda durante o exercício da confiança, tendo-se sentido apoiada por todos.</p> <p>Acrescenta no final que gostaria que a atividade tivesse durado mais tempo.</p>
L.	<p>Inicialmente com postura retraída, progressivamente mais disponível, contudo a manter momentos de retirada que revertem com incentivo ao movimento por parte do técnico. Na atividade, nas dinâmicas em que aderiu, com fácies expressivo, tranquilo e sorridente, e com movimentos fluídos, aparentemente com agrado.</p> <p>Por períodos procura a proximidade com a jovem A. num comportamento de colagem.</p>	<p>Na partilha refere que a atividade foi por um lado estranha e por outro divertida. Refere que a parte estranha terá sido a roda e a parte</p>

		divertida foi a cobra e saltar à corda.
A.	<p>Inicialmente retraída, com postura não-disponível, fâcies aborrecido, a necessitar de incentivo constante por parte dos técnicos para aderir às dinâmicas.</p> <p>Por períodos procura a proximidade com os jovens R. e L.</p> <p>Progressivamente mais disponível, com fâcies sorridente nas dinâmicas que remetiam para brincadeiras infantis.</p> <p>No relaxamento mantém postura tensa e alguma inquietação, não conseguindo usufruir.</p>	<p>Na partilha refere que a parte em que dançou a infância e adolescência terá sido confusa.</p> <p>Acrescenta depois que gostou de saltar à corda e que foi divertido, dizendo também que foi algo que nunca teve na sua infância.</p>
M.	<p>No início da atividade permanece sentada, contudo de alguma forma disponível para a interação com os pares e técnicos.</p> <p>Mantém-se sentada ao longo de toda a atividade numa postura mais observadora, recusando os convites para integrar as dinâmicas.</p>	Recusa partilhar.
F.	<p>Entra na atividade com postura tensa, fâcies aborrecido, referindo cefaleias.</p> <p>Pede para sair, tendo sido permitido.</p>	

L.	<p>Integra a atividade com fâcies sorridente, disponível para aderir às dinâmicas.</p> <p>Espontânea no movimento.</p> <p>No relaxamento tensa, inquieta por períodos, não conseguindo usufruir.</p>	<p>Na partilha refere que gostou de toda a atividade e que se tinha sentido livre e bem, como já não se senti há alguma tempo. Acrescenta que foi possível abstrair-se do exterior e centrar-se no aqui e agora.</p>
----	--	--

Apêndice X– Plano de Sessão Dança e Movimento (nº6) – “Auto-Estima”

Plano de Sessão nº6 – “Auto-Estima”

Participantes: 8 participantes

Enfermeiras Responsáveis: Enfermeira EESMP e Estudante de Mestrado Cátia Rodrigues

Objetivos Gerais: Promover o auto-conhecimento e auto-conceito; Promover a Auto-Estima

Mediadores: Cobertores; Lençóis; Balões

Local: Ginásio

Duração: 50 min

Fases	O Exercício	Condução Verbal	Música e Duração	Material
1. Flowing	<ul style="list-style-type: none">- Dança Livre- Tomar consciência de si e do Outro- Jogo do Congela e Descongela	<p>“Vamo-nos espalhando pela sala e vamos tomando consciência do nosso corpo”</p> <p>“Consciência do que a música provoca em nós”</p> <p>“E neste encontro com o Outro vamo-nos cumprimentando com o Olhar ou com o Sorriso”</p> <p>“Ou com um aperto de mão ou um abraço”</p> <p>“Vamos escutando a música, e sentindo-a no nosso corpo”</p> <p>“E ao som do Congela – congelamos o movimento e de seguida descongelamos”</p>	<p>HMB – Não me leves a mal</p> <p>Meghan Trainor – Lips are movin</p>	<p>- Computador</p> <p>- Coluna</p>

<p>2. Stacatto</p>	<p>- Entregar um balão onde se encontra escrito “EU”</p> <p>- Cuidar do seu balão - dançar com o seu balão</p>	<p>“Hoje vamos dançar a Auto-Estima”</p> <p>“Dançamos por isso o respeito que temos por nós”</p> <p>“Dançamos o bem que queremos de nós”</p> <p>“Dançamos e cuidamos do nosso EU”</p> <p>“E por isso, hoje, aqui, temos a possibilidade de cuidar e de dançar com o nosso balão”</p>	<p>Post Malone – Circles</p> <p>Naughty Boy – La la la</p>	<p>- Computador</p> <p>- Coluna</p>
<p>3. Chaos</p>	<p>- Colocar o balão num sítio protegido por um cobertor</p> <p>- Tempestade</p>	<p>“E também é possível cuidar de nós em momentos difíceis... “</p> <p>“Cuidar em momentos de tempestade... e para o fazer, precisamos de nos proteger”</p> <p>“E aqui, podemos colocar o nosso balão do EU protegido, sabendo que agora este passa para dentro...”</p> <p>“E a tempestade chega... quem se arrisca a passar por ela?”</p> <p>“Quem se arrisca a ser tempestade?”</p>	<p>One Republic – Counting Stars</p> <p>Kelly Clarkson – Stronger</p> <p>Pink – What about us</p>	<p>- Computador</p> <p>- Coluna</p> <p>- Lençol</p>

4. Lyrical	- Roda de Embalo	<p>“E depois da tempestade passar, somos levados a abrandar o ritmo...”</p> <p>“A música pede que se abrande...”</p> <p>“Pede aconchego... pede este embalo...”</p> <p>“De fim da tempestade e de voltar a pensar no nosso EU”</p>	<p>Jason Mraz – 93 Million Miles</p> <p>Jack Johnson - Angel</p>	<p>- Computador</p> <p>- Coluna</p>
5. Sitllness	<p>- Regressar à calma;</p> <p>- Procurar um local confortável para o momento do relaxamento;</p> <p>- Relaxamento</p> <p>- Despertar.</p>	<p>“Agora que nos sentimos cuidados é tempo de acalmar o corpo”</p> <p>“Vamos procurar um espaço que seja confortável para relaxar”</p> <p>“Vamos descomprimir o corpo, deitamo-nos numa posição confortável e fechamos os olhos”</p> <p>“Inspiramos e expiramos profundamente”</p> <p>“Sentimos o nosso corpo a ficar cada vez mais relaxado, leve....”</p> <p>“Sentimo-nos tranquilos e serenos”</p> <p>“Agora, a pouco e pouco, cada um no seu ritmo, começamos a regressar...”</p> <p>“Sentimos os dedos dos pés... as pernas.... Os músculos dos braços vão se ativando e abrimos devagar os olhos”</p>	<p>Elisa Mosel – Your Song</p> <p>Beneath your Beautiful – Rita May</p> <p>Vala Capon – Quando Sorridi</p> <p>Colbie Caillat –</p>	<p>- Puffs</p> <p>- Cobertores</p>

			Bubbly	
Partilha	<ul style="list-style-type: none"> - Em roda, cada elemento partilha como foi para si a sessão; - Pede-se ao grupo, sugestões para a próxima sessão; - Pede-se a cada elemento que descreva a atividade numa só palavra 			

Avaliação da Sessão:

A realização desta sessão afigurou-se como um marco, na medida em que foi a última atividade terapêutica dinamizada por mim, e o último dia de estágio, razão pela qual foi necessário e importante despedir-me do grupo.

O tema escolhido para esta sessão foi a “Auto-Estima” e muito embora seria um conceito importantíssimo de trabalhar com os adolescentes que adotam CAL, a verdade é que a temática deve ser transversal ao grupo, uma vez que é uma atividade terapêutica com grupo aberto. No entanto, por casualidade, apenas esteve presente neste grupo uma das adolescentes que integrava o grupo identificado para o projeto, e encontrava-se numa fase de internamento muito próxima da alta.

Realizar esta atividade teve um impacto muito positivo em mim. Em primeiro lugar porque me senti muito confortável em dinamizar a sessão, e porque, tal como transmiti ao grupo, me senti muito acolhida. Este acolhimento grupal permitiu-me vivenciar a atividade de um modo tranquilo, estando atenta aos pormenores e às vivências de cada um dos elementos do grupo. Por termos utilizados balões, coloridos, no decorrer desta atividade, a imagem final que detenho do grupo é uma imagem que embora real, é também ela simbólica, na medida em que cada um dos elementos do grupo, inclusive eu, cuidou do seu balão até ao fim, e no relaxamento e

partilha, os balões estiveram protegidos e guardados ao nosso lado. Simbolicamente, também eu me senti cuidada e protegida durante todo o período em que tive a oportunidade de estar com estas crianças e jovens.

De uma forma global, o grupo revelou que a atividade foi muito benéfica para o seu bem-estar. Alguns reconheceram a dificuldade em cuidar de si, e verbalizaram dificuldades em lidar com a sua auto-imagem e auto-conceito.

	Participação	Partilha
B.	Participou na atividade com empenho, adotando uma postura tranquila e disponível. Foi, de forma espontânea, construindo novas dinâmicas com o seu balão. Inicialmente cuidando dele de forma autónoma, e depois juntando o seu balão ao do Outro. Com fâcies sorridente e expressivo no decorrer de toda a atividade.	Na partilha descreve que gostou muito de participar na atividade, principalmente de usar o balão. Descreve a atividade como “bonita”.
L.	Integrou a atividade com iniciativa. Inicialmente retraída, mas foi-se apresentando cada vez mais disponível. Inicialmente com movimentos poucos fluídos, e com pouca utilização do seu balão, no entanto, cuidou e protegeu-o sempre bem. Com fâcies mais expressivo e sorridente no final da atividade.	Na partilha descreve a atividade como “diferente”, mas refere ter gostado.
F.	Participou na atividade com empenho. Com fâcies apreensivo, inicialmente pouco disponível a integrar as propostas de movimento. Com dificuldades no relaxamento.	Na partilha refere que “gostou” da atividade, embora a sua comunicação não verbal tenha denunciado que se sentiu mais desconfortável, principalmente ao cuidar do seu balão.

B.	Participou na atividade com empenho e iniciativa. Com à vontade nas dinâmicas propostas, com movimentos fluídos e diversos. Fácies sorridente e expressivo, mas apenas quando abordada. Cuidou do seu balão, apresentando alguns períodos de maior tensão quando o fazia. Com dificuldades no relaxamento.	Refere ter gostado da atividade, no entanto descreve ter sentido dificuldades em cuidar do seu balão, as mesmas que tem em cuidar de si.
L.	Participou na atividade com empenho e agrado. Durante toda a atividade, com postura tranquila, disponível e confortável. Aderiu e reconstruiu novas dinâmicas dentro das dinâmicas de movimento propostas. No relaxamento, parece ter usufruído, sempre com o cuidado de proteger o seu balão.	No fim da atividade, descreve a atividade como “bonita” e refere ter-se sentido muito bem. Relaciona o conceito da atividade com a fase em que se encontra no internamento, afirmando que “agora sei que preciso de cuidar de mim”.

Apêndice XI– Plano de Sessão Terapia pela Arte (nº1) – “Autorretrato”

PLANO DE SESSÃO Terapia Pela Arte: “Autorretrato” (Sessão nº1)

Participantes: 8 participantes

Enfermeiras Responsáveis: Enfermeira EESMP e Estudante de Mestrado Cátia Rodrigues

Objetivos Gerais: Conhecer o grupo terapêutico; integrar cada elemento no grupo; promover a auto-consciência.

Recurso técnico: Desenho

Local: Ginásio

Duração: 50 min

ETAPA	OBJETIVO	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	RECURSOS	TEMPO PREVISTO
AQUECIMENTO	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação do Grupo;- Definição das regras da sessão;- Apresentação da sessão- Promover a espontaneidade grupal.	<ul style="list-style-type: none">- Dinâmica de grupo – solicitar a cada elemento do grupo que diga o seu nome e que escolha um objeto que gostasse de ser se não fosse humano, com recurso a um novelo de lã;- Explicação da sessão – tempo da sessão; material que vai ser utilizado e o que é pretendido.	<ul style="list-style-type: none">- Colunas e dispositivo eletrónico	10 minutos
CRIAÇÃO ARTÍSTICA	<ul style="list-style-type: none">- Promover a expressão criativa- Potenciar o acesso ao simbólico, permitindo assim flexibilidade do	<ul style="list-style-type: none">- As enfermeiras distribuem a cada elemento do grupo uma folha A3 e colocam junto deles um	<ul style="list-style-type: none">- Lápis (de cor e de grafite);Canetas de Feltro	20 minutos

	<p>pensamento e identificação de estratégias;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar a expressão da percepção que tem de si; <ul style="list-style-type: none"> - Promover o desenvolvimento do autoconhecimento e autoconsciência 	<p>conjunto de lápis (de cor e grafite) e canetas de feltro;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solicita-se a cada elemento do grupo que desenhe e pinte, de forma livre, como se vê, isto é, o seu autorretrato. 	<ul style="list-style-type: none"> - Folhas A3 brancas - Colunas e dispositivo eletrónico 	
PARTILHA	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a compreensão das reações, emoções, pensamentos e sentimentos dos participantes - Promover o desenvolvimento do autoconhecimento e autoconsciência 	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar com os participantes as imagens criadas; - Incentivar a participação dos participantes na exploração das diversas criações de arte; - Convidar os participantes a partilhar sentimentos e emoções relacionadas com a resolução da atividade 	Obra Criada	15 minutos
FINAL DA SESSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o impacto da sessão nos participantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Sugerir que cada utente verbalize o que foi para si a atividade numa única palavra; 		5 min

- Devolver ao grupo, na partilha final, as temáticas trabalhadas na sessão e qual o impacto das mesmas;
- Sugerir ao grupo temática a ser desenvolvida na próxima sessão.

Avaliação da Sessão:

Esta foi a primeira atividade terapêutica planeada, e dinamizada por mim. Confesso que estava ansiosa e com receio de que não conseguir atingir os objetivos propostos para a mesma. No entanto, com a ajuda da enfermeira orientadora, foi possível rever o plano antes da sessão começar, esclarecer algumas dúvidas e até apaziguar alguns dos meus medos. Depois de preparada a sala, e de verificar que nenhum elemento seria deixado ao acaso, a atividade começou. Sendo esta a primeira atividade, considerei que seria fundamental apresentar-me ao grupo, e informar que as próximas sessões seriam dinamizadas e realizadas por mim. Como também era a primeira sessão, e não conhecia grande parte das crianças e jovens presentes na sala, realizei uma dinâmica de apresentação (que acabou por vigorar em todas as sessões).

Assim, era principal objetivo desta sessão que as crianças/jovens conseguissem reproduzir o seu autorretrato no papel, do modo que entendessem, com recurso a lápis e canetas.

No fim da sessão, tive a oportunidade de ter um momento de reflexão com a enfermeira orientadora, procurando assim identificar o que tinha vivenciado na sessão, bem como outros aspectos que podia melhorar nas subsequentes. Para mim, a dinamização da sessão não foi difícil. A maior dificuldade sentida estava relacionada com a dificuldade do grupo em expressar

emoções e sentimentos associados à obra criada, acrescentando também, em dificuldades para mim em conduzir, verbalmente, a sessão.

De uma forma global, a sessão foi positiva para o grupo.

	Participação	Partilha
D.	No quebra gelo refere que se não fosse humana, seria uma flor. Ao longo da atividade, tensa, atitude pouco disponível. Desenha uma paisagem, muito infantilizada, vira o desenho para baixo assim que termina.	Na discussão recusa mostrar o desenho ao grupo ou falar sobre ele. Descreve a atividade como difícil.
A.	No quebra-gelo, refere que se não fosse humano seria uma Faca, mudando posteriormente para colher. Empenhada na realização do desenho, com postura tensa e humor apreensivo. Desenho investido, de uma pessoa com um saco na cabeça e com uma lágrima, com cabelos cor de rosa visíveis, sobre os ombros. Projeta se num desenho animado, com uma cobertura facial.	Na partilha, refere que aquele autorretrato transmite que tem o cabelo estragado e que está sempre a chorar, mas que é um doce.

Nota: Por ter sido a primeira sessão, os dados da avaliação da sessão apenas identificam duas adolescentes, que preenchem os critérios de inclusão da amostra do projeto de estágio. Nas sessões seguintes, as avaliações das sessões compreendem todos os elementos do grupo que integrou a sessão.

Apêndice XII– Plano de Sessão Terapia pela Arte (nº2) – “O Mundo que eu vejo”

PLANO DE SESSÃO Terapia Pela Arte: “O mundo que eu vejo” (Sessão nº2)

Participantes: 8 participantes

Enfermeiras Responsáveis: Enfermeira EESMP e Estudante de Mestrado Cátia Rodrigues

Objetivos Gerais: Promover a coesão grupal; proporcionar a expressão do seu mundo e onde se posiciona no mesmo.

Recurso técnico: Desenho e Colagem

Local: Ginásio

Duração: 50 min

ETAPA	OBJETIVO	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	RECURSOS	TEMPO PREVISTO
AQUECIMENTO	<ul style="list-style-type: none">- Promover a coesão grupal;- Promover a espontaneidade grupal.- Definição das regras da sessão;- Apresentação da sessão;	<ul style="list-style-type: none">- Dinâmica de grupo – solicitar a cada elemento do grupo que diga o nome do elemento que está à sua direita e que diga uma característica positiva;- Explicação da sessão – tempo da sessão; material que vai ser utilizado e o que é pretendido.	<ul style="list-style-type: none">- Colunas e dispositivo eletrónico	10 minutos
CRIAÇÃO ARTÍSTICA	<ul style="list-style-type: none">- Promover a expressão criativa- Potenciar o acesso ao simbólico, permitindo assim	<ul style="list-style-type: none">- As enfermeiras distribuem a cada elemento do grupo uma folha A3 e colocam junto deles um conjunto	<ul style="list-style-type: none">- Lápis (de cor e de grafite);	20 minutos

flexibilidade do pensamento e identificação de estratégias;

- Proporcionar a expressão do seu mundo e onde se posiciona no mesmo.
- Promover o desenvolvimento do autoconhecimento e autoconsciência

de lápis (de cor e grafite) e canetas de feltro;

- Solicita-se a cada elemento do grupo que desenhe e pinte, de forma livre, como vê o seu mundo.
- Após o término do desenho, é pedido a cada elemento que, com os materiais à disposição, que cole no desenho onde é que se encontra.

Canetas de Feltro

- Folhas A3 brancas
- Material diverso para colagem;
- Cola;
- Colunas e dispositivo eletrônico

PARTILHA

- Facilitar a compreensão das reações, emoções, pensamentos e sentimentos dos participantes
- Promover o desenvolvimento do autoconhecimento e autoconsciência

- Explorar com os participantes as imagens criadas;
- Incentivar a participação dos participantes na exploração das diversas criações de arte;
- Convidar os participantes a partilhar sentimentos e emoções relacionadas com a resolução da atividade

Obra Criada

15 minutos

**FINAL DA
SESSÃO**

- Avaliar o impacto da sessão nos participantes

- Sugerir que cada utente verbalize o que foi para si a atividade numa única palavra;
- Devolver ao grupo, na partilha final, as temáticas trabalhadas na sessão e qual o impacto das mesmas;
- Sugerir ao grupo temática a ser desenvolvida na próxima sessão.

5 min

Avaliação da Sessão:

Esta foi a primeira sessão em que me apresentei mais autónoma na sua dinamização. À semelhança da sessão anterior, procurei rever, junto da enfermeira orientadora, a sessão planeada, e nesta sessão procurei estabelecer objetivos individuais para cada um dos elementos participantes da sessão. Como se trata de um planeamento prévio, existiram alguns elementos do grupo para os quais foram estabelecidos objetivos individuais, no entanto, não foi possível, por variados motivos, integrar a sessão. Também, tendo em conta que as temáticas da sessão de Terapia pela Arte e de Dança e Movimento se encontravam relacionadas, procurei trabalhar temáticas de forma individual, cujos objetivos fossem idênticos ou semelhantes aos objetivos da sessão de Dança e Movimento no dia seguinte.

Também à semelhança da sessão anterior, senti que a atividade terapêutica com recurso à arte se afigura como uma atividade difícil para este tipo de população, na medida em que é difícil partilhar/expressar o que é vivenciado durante a realização da obra. Esta dificuldade reflete-se na recusa da partilha da obra, ou na dificuldade em colocar em palavras o que foi pintar ou desenhar

determinado desenho. Assim, na avaliação da sessão também é notório que o grupo tem dificuldade em apresentar uma palavra apenas para descrever a atividade. Deste modo, a postura e a comunicação não-verbal, são fundamentais para a avaliação da sessão. Foi também possível refletir, no fim da sessão, a importância desta partilha para mim enquanto terapeuta. Até que ponto é relevante a partilha de como foi a sessão? Tendo em conta que a sessão permite ao indivíduo refletir sobre a obra criada, e não, a de descrever sempre ao grupo como se sentiu.

Apesar disso, considero que a avaliação da sessão foi benéfica, e que o grupo aderiu com empenho às dinâmicas propostas.

	Objetivos Propostos	Avaliação da Sessão	Postura/Comportamento
M.	Promover a espontaneidade; Promover a expressão verbal de emoções e sentimentos	A M. participou com empenho e criatividade na atividade. Disponível às dinâmicas propostas, compreendendo o que lhe é solicitado. Desenha um planeta azul, não redondo, onde existem várias crateras. Consegue-se expressar verbalmente revelando que a cratera cor-de-rosa representa a família; que o livro que desenhou é a escola e que a bola amarela são as suas memórias. Quando solicitado que se coloque no seu mundo com o recurso a outros materiais, recusa a utilização dos mesmos, desenhando uma estrela cadente, externa ao planeta e no topo. No fim, parece agradada com o resultado e agradece a atividade.	Manteve, durante a atividade, postura tensa e rígida, com fâcias fechado, no entanto, expressiva quando abordada. Aparentemente, com maior disponibilidade para desenhar de forma mais abstrata. Também mais disponível para expressar na partilha com o grupo.

<p>F.</p>	<p>Clarificar o seu papel no seu mundo; Promover a identificação de estratégias para se expressar junto da família;</p>	<p>O F. participou de forma empenhada e, aparentemente, com agrado na atividade. Desenha o seu mundo de forma irregular. Nesse mundo, existem várias cores e vários ícones – corações, estrelas. Quando solicitado que se coloque nesse mundo, utiliza uma estrela autocolante já criada e cola no centro. Na partilha, refere que no seu mundo existe alegria e tristeza, mas que ainda existe confusão e amor em simultâneo.</p>	<p>Durante a atividade, realiza o que lhe é solicitado de forma rápida, e quando termina, apresenta postura tensa, fâcies fechado, zangado. Permanece a observar o desenho dos vários elementos, de forma atenta, mas ajustada, postura contraditória à que tem assumido junto dos pares, noutros contextos. Mantem dificuldade em expressar os seus sentimentos e emoções, bem como em abordar temática, como a família.</p>
<p>D.</p>	<p>Promover a expressão verbal de emoções e sentimentos; Promover a importância do seu papel no mundo; Promover a auto-estima</p>	<p>No início da atividade, a D. apresentava fâcies fechado, postura tensa e retraída, no entanto, aceitou participar. Quando lhe é solicitado que desenhe o seu mundo, apresenta-se lábil e não inicia o desenho. É lhe questionado se deseja sair da sala, que nega. Pouco tempo depois, desenha na folha branca o seu mundo, sob a forma de um coração partido, existindo separação das partes. Esse coração assume uma</p>	<p>Embora com episódio de labilidade emocional, a D. empenhou-se na atividade, apresentando maior fluidez na criação no fim da atividade. Mantem dificuldade em expressar os seus sentimentos e emoções, e o receio de ser criticada pelo grupo.</p>

		<p>porção muito pequena da folha branca. De seguida, volta o desenho para baixo, e mantém labilidade emocional, solicitando para sair da atividade e ir ao WC. No WC, recusa momento individual e pede para retornar à atividade. Retorna á criação artística e desenha ao lado desse mundo outro coração, que na partilha descreve como o mundo da solidão (coração preto com ponto de exclamação e interrogação), e do outro lado, desenha um coração colorido, que descreve como o mundo da felicidade. Quando solicitado que se coloque no seu mundo e que utilize outros materiais, apresenta maior fluidez e utiliza uma folha com textura. Desenha e recorta novamente esse coração, colando perto desses “Três mundos”, no entanto, os bordos unem-se.</p>	
L.	<p>Promover a identificação de um papel seguro no seu mundo;</p>	<p>A L. participou com empenho na atividade. Desenha o seu mundo, redondo, dividindo em duas partes. Numa pinta de preto, e na outra, pinta de cor cinzenta. Quando solicitado que se coloque no seu mundo, não recorre a outros materiais e desenha numa pequena parte do mundo preto. Recusa partilhar a obra, tendo</p>	<p>Durante a atividade, manteve postura retraída, com fâcies triste e fechado. Aparentemente, com menor fluidez na segunda etapa da atividade em que lhe é solicitado que se coloque</p>

		sido devolvido a importância de refletir sobre o mesmo e se assim o desejar, falar com o seu técnico de referência.	no mundo. Mantem dificuldades em partilhar com o grupo.
B.	Promover a expressão verbal de emoções e sentimentos; Promover a espontaneidade	A B. participou na atividade com empenho e aparentemente com agrado. Desenha o seu planeta muito similar ao planeta Terra com continentes. Utiliza um fio de lã para contornar o seu mundo. Com dificuldade em partilhar a sua obra artística, refere que se encontra no meio do mundo, rodeada de aspectos maioritariamente positivos, mas que, no entanto, também existe tristeza.	Com postura tranquila e com fâcias expressivo. Com fluidez na realização da obra artística, embora com algumas dificuldades em se colocar no mundo.
J.	Promover a relação interpessoal	Inicialmente, o J. apresentou uma postura desafiadora afirmando que “só estou aqui porque me obrigaram” (sic). Solicito a sua ajuda para relembrar ao grupo as regras da sessão. Quando questiono o grupo sobre se preferem a utilização de música durante a criação, o J. tenta escolher a música. Reforço que não, impondo limites, e embora frustrado, acaba por ajustar. Quando é pedido ao grupo que desenhe o seu mundo verbaliza que já tinha feito uma atividade com este tema e solicita ida ao WC. Quando integra a atividade, traz	Inicialmente, com postura de oposição e de desafio, tentando boicotar a sessão. Com postura assertiva e imposição de limites por parte dos técnicos, acaba por ajustar. Empenhado na sua criação artística, e com grande capacidade de dar significado ao que desenhou.

		<p>consigo um papel, com um desenho de outra atividade e diz que não vai desenhar. Devolvo que não tem mal, e que pode ficar até ao fim, em silêncio. Confrontado com a sua folha vazia, em branco, decide arriscar, e de forma espontânea começa a desenhar. Desenha vários círculos, um central e outro por forma, e um de cada lado desse mesmo círculo central que se intersectam. Escreve legendas. Não pinta, apenas desenha com esferográfica. Na partilha, começa por verbalizar “não sei se era isto que queriam” (sic). Refere que ele são todos estes círculos e que se quer afastar do lado mau, embora considere importante que ele exista. No lado bom realça a proximidade que tem com a mãe, e que no futuro gostaria de fazer novos amigos. Devolvido a importância da aproximação com a mãe e da melhoria da relação de ambos.</p>	
B.	<p>Promover a auto-estima; Promover a importância do seu papel no mundo</p>	<p>Desenha o seu mundo plano, sob a forma de retrato. Não utiliza cor, utiliza maioritariamente esferográfica e lápis de carvão. Inicialmente acaba por desenhar uma caverna, com uma menina sentada. Fora da caverna desenha outros elementos, de dimensão mais</p>	<p>Com postura tensa, fúrias fechadas e triste. Mantém dificuldades em expressar sentimentos e emoções.</p>

		<p>pequena. Aparentemente, termina o desenho, e mais tarde, com o lápis de carvão, pinta a caverna toda, por dentro, por forma a não se perceber o que estava desenhado anteriormente. Quando solicitado que utilizem outro material e que se coloquem no seu mundo, utiliza vários fios de lã, com cor, emaranha-os e cola dentro da caverna. Recusa partilhar.</p>	
--	--	--	--

Apêndice XIII– Plano de Sessão Terapia pela Arte (nº3) – “O meu percurso no internamento”

PLANO DE SESSÃO Terapia Pela Arte: “O meu percurso no internamento” (Sessão nº3)

Participantes: 8 participantes

Enfermeiras Responsáveis: Enfermeira EESMP e Estudante de Mestrado Cátia Rodrigues

Objetivos Gerais: Identificar o impacto do problema de saúde mental na qualidade de vida e bem-estar do jovem internado; Promover o empoderamento; Promover a adesão ao projeto terapêutico.

Recurso técnico: Desenho

Local: Ginásio

Duração: 50 min

ETAPA	OBJETIVO	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	RECURSOS	TEMPO PREVISTO
AQUECIMENTO	<ul style="list-style-type: none">- Promover a coesão grupal;- Promover a espontaneidade grupal.- Definição das regras da sessão;- Apresentação da sessão;	<ul style="list-style-type: none">- Dinâmica de grupo – Pedir a cada jovem que diga o seu nome e o nome de um animal e que repita os nomes e animais ditos anteriormente;- Explicação da sessão – tempo da sessão; material que vai ser utilizado e o que é pretendido.	<ul style="list-style-type: none">- Colunas e dispositivo eletrónico	10 minutos
CRIAÇÃO ARTÍSTICA	<ul style="list-style-type: none">- Promover a expressão criativa	<ul style="list-style-type: none">- As enfermeiras distribuem a cada elemento do grupo uma	<ul style="list-style-type: none">- Folhas A3 brancas	20 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar o acesso ao simbólico, permitindo assim flexibilidade do pensamento e identificação de estratégias; - Promover a identificação de sentimentos e emoções associadas à sua condição de saúde; - Promover o desenvolvimento do autoconhecimento e autoconsciência 	<p>folha A3 e colocam junto deles um conjunto de canetas, lápis de cera e de cor;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solicita-se que cada elemento divida a sua folha -A3 – em três partes; - Solicita-se a cada elemento do grupo que desenhe, de forma livre, o seu percurso no internamento, representando assim o passado, o presente e o futuro; 	<ul style="list-style-type: none"> - Canetas de feltro; lápis de cor e de cera - Colunas e dispositivo eletrônico 	
PARTILHA	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a compreensão das reações, emoções, pensamentos e sentimentos dos participantes - Promover o desenvolvimento do autoconhecimento e autoconsciência 	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar com os participantes as imagens criadas; - Incentivar a participação dos participantes na exploração das diversas criações de arte; - Convidar os participantes a partilhar sentimentos e emoções relacionadas com a resolução da atividade 	Obra Criada	15 minutos

<p>FINAL DA SESSÃO</p>	<p>- Avaliar o impacto da sessão nos participantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sugerir que cada utente verbalize o que foi para si a atividade numa única palavra; - Devolver ao grupo, na partilha final, as temáticas trabalhadas na sessão e qual o impacto das mesmas; - Sugerir ao grupo temática a ser desenvolvida na próxima sessão. 	<p>5 min</p>
-----------------------------------	--	---	--------------

Avaliação da Sessão:

A realização desta sessão traduziu-se numa sessão difícil para o grupo, mas também difícil para mim. A temática do internamento parece ser uma temática sensível, uma vez que a vontade de estar em casa e as saudades dos seus familiares aumentam de dia para dia. Assim, quando a sessão começou, à semelhança de todas as anteriores, percebi que seria difícil para o grupo a criação da obra artística. No decorrer da sessão, as posturas e fâcies correspondiam às minhas expectativas: muitos apresentavam-se tensos, outros com fâcies triste, e alguns com labilidade emocional, sendo difícil permanecer até ao final da sessão.

No fim da sessão, e após a difícil partilha do grupo sobre o que criaram, tive a oportunidade de refletir em conjunto com a enfermeira orientadora sobre as minhas preocupações e em especial, sobre o que a sessão tinha despoletado em mim: um

sentimento de fracasso total. Em reflexões semanais, e em momentos de supervisão, pude também clarificar em mim o objetivo da realização de atividades terapêuticas.

	Avaliação da Sessão	Postura/Comportamento
A.	<p>Na partilha, descreve que no início do internamento se sentia sozinha, no meio da chuva, em que ela própria utilizava uma máscara bem como as pessoas que se encontravam à sua volta.</p> <p>Hoje refere sentir-se melhor, com mais companhia, mas que ainda não se sente totalmente bem. No futuro, projeta-se com maior acompanhamento. Descreve a atividade como reflexiva.</p>	<p>Com postura retraída, fâcies fechado. Com atenção total na sua criação.</p>
D.	<p>Recusa partilhar e mostrar o seu desenho ao grupo. Quando questionada sobre como se sentiu na atividade, encolhe os ombros e recusa partilhar. Devolvida que descreva numa palavra – descreve como pensativa e triste.</p>	<p>Com postura retraída e tensa. Fâcies tenso, fechado, humor apreensivo durante a atividade. Com atenção mantida na sua obra, sem olhar para obras dos colegas como anteriormente fazia. No final, vira o seu desenho para baixo para que ninguém veja.</p>
B.	<p>Descreve que no início do internamento se sentia angustiada e com medo, e que agora no presente já se sente mais positiva, embora ainda pensativa. Para o futuro, ambiciona</p>	<p>Com postura tranquila, fâcies neutro. Na partilha, com fâcies mais apreensivo quando aborda o passado no internamento.</p>

	mais positividade. Descreve a atividade como pensativa, mas feliz.	
L.	Descreve que o início do internamento é marcado pela chuva, que representam cada uma das pessoas que sente que magoou. No presente, refere sentir-se em paz e realça a proximidade com a mãe, fruto do internamento. Afirma que o presente lhe permitiu ser a pessoa que é, abandonando a pessoa do passado. No futuro, projeta-se melhor e no regresso a casa da avó em vez da instituição. Descreve a atividade como necessária, afirmando que agora já é capaz de dizer e fazer coisas que antes não conseguia (Sic).	Postura retraída e tensa durante toda a atividade. Fácies triste, fechado. Lábil na partilha.
B.	Descreve que no passado se sentia sozinha e que achava que não tinha uma doença; Hoje descreve que se sente melhor e que se sente bem, apoiado por sentimentos como a união, a positividade. No futuro, lábil, ao projetar-se em casa, junto do irmão de quem tem saudades.	Postura tensa e rígida durante toda a atividade. Fácies triste.
R.	Descreve que no passado se sentia mal, e que a única forma de se sentir melhor era ingerir comprimidos. No presente, sente-se num mundo novo e até compara ao momento que aprendeu a tocar piano, pois sente que tem tido novas aprendizagens sobre si. Descreve também que sente que	Postura retraída durante toda a atividade. Fácies triste, cabisbaixo. Dificuldade em manter o contacto visual.

	está a criar raízes aqui para o Futuro. No futuro, projeta-se mais feliz e em casa.	
M.	Integra a atividade, no entanto, recusa desenhar. Permaneceu atenta ao que o grupo ia desenhando. A meio da atividade, com labilidade emocional – recusa sair. Recusa partilhar algo ou descrever a atividade numa palavra.	Postura tensa, fâcias triste e fechado. Inicialmente com postura de oposição.

Apêndice XIV– Plano de Sessão Terapia pela Arte (nº4) – “As emoções no corpo”

PLANO DE SESSÃO Terapia Pela Arte: “As Emoções no Corpo” (Sessão nº4)

Participantes: 8 participantes

Enfermeiras Responsáveis: Enfermeira EESMP e Estudante de Mestrado Cátia Rodrigues

Objetivos Gerais: Promover identificação de emoções no aqui e agora; promover o empoderamento; promover o auto-conhecimento e auto-consciência.

Recurso técnico: Pintura

Local: Ginásio

Duração: 50 min

ETAPA	OBJETIVO	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	RECURSOS	TEMPO PREVISTO
AQUECIMENTO	<ul style="list-style-type: none">- Promover a coesão grupal;- Promover a espontaneidade grupal.- Definição das regras da sessão;- Apresentação da sessão;	<ul style="list-style-type: none">- Dinâmica de grupo – Pedir a cada jovem que diga o seu nome e algo que goste de fazer, atividade iniciada pela primeira letra do seu nome.- Explicação da sessão – tempo da sessão; material que vai ser utilizado e o que é pretendido.	<ul style="list-style-type: none">- Coluna e dispositivo eletrónico	10 minutos
CRIAÇÃO ARTÍSTICA	<ul style="list-style-type: none">- Promover a expressão criativa	<ul style="list-style-type: none">- As enfermeiras distribuem a cada elemento do grupo uma folha A3 (onde	<ul style="list-style-type: none">- Tintas-Pincéis	20 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar o acesso ao simbólico, permitindo assim flexibilidade do pensamento e identificação de estratégias; - Proporcionar a expressão de emoções e sentimentos - Promover o desenvolvimento do autoconhecimento e autoconsciência 	<ul style="list-style-type: none"> se encontra impresso uma figura humana) e colocam junto deles um conjunto de tintas, copos com água e pincéis; - Solicita-se a cada elemento do grupo que desenhe e pinte, de forma livre, quais as emoções e sentimentos que sente no aqui-e-agora; 	<ul style="list-style-type: none"> - Folhas A3 brancas - Coluna e dispositivo eletrônico 	
PARTILHA	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a compreensão das reações, emoções, pensamentos e sentimentos dos participantes - Promover o desenvolvimento do autoconhecimento e autoconsciência 	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar com os participantes as imagens criadas; - Incentivar a participação dos participantes na exploração das diversas criações de arte; - Convidar os participantes a partilhar sentimentos e emoções relacionadas com a resolução da atividade 	Obra Criada	15 minutos
FINAL DA SESSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o impacto da sessão nos participantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Sugerir que cada utente verbalize o que foi para si a atividade numa única palavra; 		5 min

- Devolver ao grupo, na partilha final, as temáticas trabalhadas na sessão e qual o impacto das mesmas;
- Sugerir ao grupo temática a ser desenvolvida na próxima sessão.

Avaliação da Sessão:

Esta sessão foi a penúltima sessão terapêutica planeada e dinamizada por mim, e a última sessão de Terapia Pela Arte, razão pela qual, foi necessário e importante despedir-me do grupo e agradecer o acolhimento que me proporcionaram ao longo de todo o período de estágio em que tive o privilégio de estar com eles. Com a temática “Emoções no Corpo”, o objetivo desta sessão era que fosse mais fácil expressar as emoções vivenciadas no aqui-e-agora, através da pintura. Apesar disso, continuaram a existir dificuldades individuais em expressar as emoções e a partilhá-las com o grupo e com os técnicos.

De uma forma geral, o objetivo da atividade foi atingido, e as emoções mais “pintadas” foram a esperança, a felicidade, as saudades e a solidão.

	Avaliação da Sessão	Postura/Comportamento
L.	Integrou a atividade, mas acaba por sair.	Postura tensa, fâcies apreensivo e cabisbaixo. Comportamento de oposição, recusa comunicar.
B.	Integrou a atividade e participou de forma ativa e empenhada. Na partilha, descreve que pintou a preto a tristeza, angústia e preocupação, que lhe	Postura descontraída, fâcies mais expressivo embora alterne com apreensivo.

	<p>sobrecarrega os ombros e que interfere nos seus pensamentos, daí ter pintado numa parte da cabeça. Desenha a verde a esperança nas pernas que representa a felicidade; a zona abdominal a tranquilidade e o azul no tronco e braços representam para si a paz. Refere que se sentiu aliviada de ter libertado estas emoções e que se sentiu bem por conseguir ter partilhado. Descreve a atividade com a palavra “Alívio”.</p>	
C.	<p>Integrou a atividade e participou de forma empenhada. Pinta o corpo quase todo de amarelo que descreve como sendo a felicidade de saber que terá alta dentro de 2-3 semanas; descreve que na zona do coração está o preto que representa as saudades que tem de casa e no antebraço e no dorso da mão, o vermelho, que representa a dor de ter colhido sangue. Classifica a atividade como “Pensativa”.</p>	<p>Postura descontraída, fâcies pouco expressivo. Aparentemente, disponível para a atividade.</p>
M.	<p>Integrou a atividade e participou com empenho. Pinta a cabeça e parte das pernas de vermelho, descrevendo que é a dor que sente, mas que apesar disso, é uma dor mais fraca que a dor que está pintada a roxo e que está no tórax “Esta dor que está à volta do coração é a mais forte das dores” (sic). Quando estimulada a classificar o sentimento dessa dor, refere que são as saudades de casa que lhe custam mais e que lhe provocam ansiedade. Pinta as pernas de branco descrevendo que é a solidão, e nos pés a cor verde, que representa a saudade de pisar a relva. Descreve a atividade como “Difícil”.</p>	<p>Postura tensa, fâcies triste e apreensivo, olhar cabisbaixo e pouco dirigido ao Outro.</p>

Apêndice XV – Registo de Interação

A F. tem 21 meses e vem à consulta acompanhada pela mãe. Tem pele clara, olhos castanhos e cabelo também castanho, curto e liso. Tem peso e estatura ideal para a idade. Traz vestido umas calças de ganga, uma camisa azul claro e um casaco de malha bege, com botas azuis escuras. Tem um aspecto cuidado e investido. A mãe aparenta idade coincidente com a real, tem pele clara e cabelo castanho escuro. Tem estatura elevada e um aspeto cuidado e investido.

A mãe entra no gabinete da Dr.^a J. e de seguida entra a F. Traz numa mão uma bolacha maria e noutra um iogurte com uma palhinha. A mãe senta-se na cadeira em frente à secretária e a F. fica em pé, ao seu lado, de frente para a secretária e para a Dr.^a enquanto bebe o iogurte pela palhinha. A mãe olha para a F. e pede-lhe que coloque o iogurte no lixo, rodando-se para trás na cadeira e apontando para o caixote que se encontra no fundo do gabinete. A F. olha atentamente para a mãe e dirige-se ao caixote do lixo onde coloca o iogurte. Mantém a bolacha maria na mão esquerda e regressa para junto da mãe, ficando em pé, lado a lado com a mãe e de frente para a secretária.

A F. dirige-se a uma mesinha que se encontra encostada à parede, e que tem uma casa de bonecas. Em cima dessa mesa está também um xilofone. A F. olha para o xilofone e dirige-se até à mãe. Pega na mão da mãe, a mãe olha para a F. e levanta-se. A F. leva a mãe até ao xilofone, olha para a mãe e rapidamente volta a olhar para o xilofone. A mãe olha para a F. e volta-se a sentar na cadeira, de frente para a secretária, em silêncio.

A F. toca o xilofone e olha para mim, que estou sentada ao lado da Dr.^a e de frente para a mãe. A F. continua a tocar o xilofone e olha para a mãe. A mãe olha para a filha e diz-lhe “Dá cá a bolacha”. A F. dirige-se à mãe, dá-lhe a bolacha e pega na mão da mãe, puxando-a. A mãe levanta-se, e a F. leva-a até à casa de bonecas. A mãe deixa a F. junto à casa de bonecas e volta-se a sentar na cadeira. A F. dirige-se então ao armário ao fundo da sala e pega no nenuco, levando-o até à mãe. A mãe olha para o nenuco e coloca-o no seu colo. Olha para a F., a F. afasta-se, deixando o nenuco no colo da mãe e pega na cadeira azul, pequena, e coloca-a em frente à mesa pequena. Senta-se na cadeira, ficando de frente para a parede e de costas para a mãe e toca o xilofone. Olha em direção à mãe que está atrás de si, a mãe não repara. Volta a tocar o xilofone, desta vez com mais força, captando a atenção da mãe, que olha para a F., mas não diz nada.

A F. levanta-se da cadeira e vai em direção à mãe. Pega no nenuco que está ao colo da mãe, e trá-lo para junto da mesinha, colocando-o no chão. Tenta subir para cima da cadeira pequena, colocando um dos joelhos em cima e olha para mim. Sem dificuldade, senta-se na cadeira, de frente para a casa de bonecas e de costas para a mãe. Olha para o nenuco que deixou no chão. Volta a olhar para o xilofone e a tocar com intensidade. A mãe olha para a F., mas rapidamente dirige o olhar e atenção para a Dr.^a M.

A F. levanta-se da cadeira e leva a cadeira até à mãe, colocando-a ao lado da cadeira da mãe, de frente para a secretária. Regressa à mesa, pega no xilofone, e coloca-o em cima da cadeira pequena, junto à mãe. Olha para a mãe, vai buscar o nenuco que está no chão, dizendo “baaaabaaa”. A mãe ajuda-a a colocar o nenuco em cima da secretária. A F. ergue os braços em direção à mãe e a mãe senta-a no seu colo, virada para a secretária. A mãe dá-lhe a bolacha e a F. agarra na bolacha, colocando-a na boca. A mãe olha para a F.

A Dr.^a M. olha para a F. e diz-lhe “O bebé está a dormir. Vamos fazer papinha?”. A mãe diz “Vai fazer a papinha” e coloca a F. no chão.

A F. vai buscar um prato e um boneco de madeira e traz para junto da mãe. A mãe olha para a F., recebe o boneco e o prato e coloca-os em cima da secretária. A F. volta à casinha de bonecas, pega num boneco de madeira que está dentro da casinha mas rapidamente o larga. Volta para junto da mãe, olha para a mãe, pega na sua mão, puxando-a. A mãe levanta-se e a F. leva-a até à cozinha. A F. vira-se de costas para a mãe, abre o forno e a mãe volta-se a sentar-se na cadeira, em frente à secretária.