

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

Relatório de Estágio

Música no Cuidar:

**Um mediador expressivo mobilizado pelo Enfermeiro
com Adolescentes em Sofrimento Mental**

Ana Rita Pedrosa Palma


**Lisboa
Julho 2021**



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

Relatório de Estágio

Música no Cuidar:

**Um mediador expressivo mobilizado pelo Enfermeiro
com Adolescentes em Sofrimento Mental**



Ana Rita Pedrosa Palma

**Professor Orientador:
Doutor António Nabais**



**Lisboa
Julho 2021**

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor António Nabais, pelo impulso formativo neste privilegiado e desafiante caminho, que complementou e amplificou de uma forma muito peculiar e rica, a minha experiência profissional e pessoal.

Às equipas multidisciplinares, que me receberam de braços abertos neste momento tão singular. À entrega “ombro para ombro” de cada profissional, em cada espaço de encontro, no entrecruzar de constructos teóricos e vivências, precípuos ao meu crescimento.

Às crianças, adolescentes e famílias, de quem cuidei, pela partilha e pelo caminho conjunto, sem os quais, não seria de todo possível. Ao olhar que me trouxeram do adulto, da criança que fui, com sonhos e desejos... ajudando-me a ver o Outro, com a esperança e a profundidade necessária para chegar à sua verdadeira essência.

Ao João e à Joana, amigos e colegas de profissão, pelo incentivo incondicional, pela partilha e reflexão, e pela motivação e amparo nos momentos mais difíceis.

À minha família, em especial aos meus pais e à Inês, por todo amor, carinho e compreensão, que me ajudaram a Ser quem sou hoje.

Foi um crescer conjunto, com todos aqueles que caminharam comigo, nesta minha transição de papéis – Rita enfermeira, Rita aluna, Rita filha, Rita amiga, Rita namorada... Assim, como a criança se molda, também vocês me ajudaram a moldar-me, oferecendo-me o que de melhor habitava em vós e que tanto me fez crescer. E como diria Fernando Teixeira Andrade, “Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo, e esquecer os velhos caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares. É tempo de travessia e, senão ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.”

Um obrigado especial a todos e a cada um,
A resiliência, esforço, dedicação em cada desafio,
Fizeram parte do caminho que nos permite chegar longe!

RESUMO

A adolescência, é conceptualizada como o período ocorrido entre a infância e a vida adulta, sendo uma etapa do ciclo de vida, marcada por profundas transformações físicas, psicológicas, sociais, afetivas e emocionais, podendo constituir-se, momento de vulnerabilidade, foco do cuidado da Enfermagem. Estudos recentes, desenvolvidos no decorrer da realidade pandémica, pela infeção COVID -19, causada pelo SARS-COV-2, veem espelhar o grande impacto que esta situação de saúde pública, trouxe à sociedade e em particular aos adolescentes, traduzindo-se em comportamentos desadaptativos, preditores de sofrimento mental. Sensível a estas necessidades emergentes, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, tem um papel fulcral em promover/facilitar/capacitar uma transição mais equilibrada e harmoniosa, junto do adolescente em sofrimento mental. Este, detentor de uma compreensão singular do fenómeno de sofrimento e de quanto isto implica no projeto de vida do indivíduo, desenvolve conhecimentos e vivencias que lhe conferem competências, e que por sua vez lhe permitem mobilizar-se como instrumento terapêutico, junto do individuo em sofrimento. Posto isto, contrariando o paradigma vivencial de algumas realidades atuais, as abordagens terapêuticas não farmacológicas adquirem particular importância, onde o recurso a mediadores expressivos, nomeadamente a música, se apresenta como um precioso instrumento na intervenção com adolescentes, por esta assumir parte integrante da sua vida. O percurso construído e descrito neste relatório, tem como objetivo: desenvolver competências na intervenção clínica especializada, mobilizando a música como mediador expressivo com adolescentes em sofrimento mental. Dividido em dois grandes momentos, contexto clínico e comunitário, em Unidades de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, conseguiu-se demonstrar, através da narrativa dos jovens, que a música é um impactante mediador expressivo mobilizado pelo Enfermeiro, junto dos adolescentes em sofrimento mental, em intervenções individuais ou grupais, facilitando a expressão e a transição.

Palavras-chave: Adolescentes; Sofrimento mental; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Mediadores Expressivos; Música.

ABSTRACT

Teenagehood, period between child and adulthood, is characterised by profound physical, psychological, social, affectional and emotional transformations, which can lead to vulnerability, an area where nursing can play an important role. Recent studies carried out during the COVID-19 pandemic, an infection caused by SARS-COV-2, have demonstrated the impact this situation has had in public health, and consequently in society, particularly in individuals, such as teenagers, who may fail to adapt to the new reality and start developing symptoms of mental health impairment. Aware of society's emerging needs, Mental Health Nurse Specialist plays an important role in promoting/facilitating/empowering a smoother transition for teenagers suffering with mental health condition, as he understands its impact in their lives. Mental health nurse specialist, given his knowhow of this particular issue and the impact it can have in a teenager's life, has developed through experience different skills and tools that can be used in the clinical setting and community to improve patient's mental health. In opposition to nowadays paradigm, non-pharmacological approaches play a key role where using complementary therapies such as music can have a significant impact in patients. This is particularly valid when working with teenage patients because music usually is part of their lives and it may be easier for them to engage. The aim of the work developed and described in this report is to develop skills to be used by specialised practitioners to apply music as a complementary therapy in a clinical setting whilst working with teenagers who suffer with mental health issues. The work was divided in two areas, clinical and community settings, in *Children and Young People's Mental Health Services*, where through the young patients' input, it was demonstrated that music, either used individually or in a group, can be a powerful mediator used by clinical nurse specialists in the rehabilitation of teenagers suffering with mental health conditions, enabling both their expression and coping strategies.

Keywords: Adolescents; Mental suffering; Mental Health and Psychiatric Nursing; Expressive Mediators; Music.

LISTA DE SIGLAS

ADP- Área de Dia de Pedopsiquiatria

APA - American Psychological Association

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CNSM – Coordenação Nacional para a Saúde Mental

DGS – Direção Geral da Saúde

EE – Enfermeira Especialista

EESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

ERS – Entidade Reguladora de Saúde

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HBSC - *Health Behaviour in School - Aged Children*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

RSLVT - Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

SARS-COV 2 - Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2

UFCP - Unidade Funcional Comunitária de Pedopsiquiatria

UIPIA – Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1. PROBLEMÁTICA.....	12
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
2.1 Adolescência e Sofrimento Mental.....	15
2.2 A Transição: Uma concepção fundamental em Enfermagem.....	20
2.3 A Intervenção do EESMP: A música como recurso terapêutico.....	22
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	25
3.1 Contexto Comunitário - UFCP.....	25
3.2 Contexto Clínico - UIPIA.....	26
3.3 Objetivos, atividades e instrumentos.....	27
4. PERCURSO DE APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS...29	29
4.1 A Comunidade.....	29
4.1.1 Consulta de Enfermagem a Adolescentes.....	30
4.1.2 Intervenção em Grupo Terapêutico junto de Adolescentes em Sofrimento Mental.....	33
4.1.3 Participação e intervenção em Programas de Promoção de Competências Parentais – <i>Anos Incríveis e Mais Família Mais Jovem.....</i>	37
4.2 O Internamento.....	40
4.2.1 A música como cuidado junto do Adolescente em Sofrimento Mental.....	45
4.2.2 Intervenção em Grupo Terapêutico: <i>Uma música no Cuidar.....</i>	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

APÊNDICES:

APÊNDICE I – A história de Artur

APÊNDICE II – Dinâmicas de Grupo Terapêutico “CRESCER”

APÊNDICE III- Jornais de Aprendizagem- Comunidade

APÊNDICE IV – A história de Ana

APÊNDICE V- Jornais de Aprendizagem – Internamento

APÊNDICE VI- Sessão de dança e movimento “*Dançar a autoconfiança*”

APÊNDICE VII – Questionário musical

APÊNDICE VIII- Programa Psicoterapêutico: “*Uma música no cuidar*”

APÊNDICE IX – Questionário de Avaliação da Sessão

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio, surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), no seguimento da elaboração do projeto de estágio, tendo como temática “*Música no cuidar: Um mediador expressivo mobilizado pelo Enfermeiro com Adolescente em sofrimento mental.*” A sua finalidade, prende-se com: demonstrar e refletir sobre o percurso realizado, quanto à implementação e desenvolvimento do projeto em si, articulando com o desenvolvimento das competências Comuns, Específicas e de Mestre na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Decorridos 10 anos a prestar cuidados de enfermagem no contexto de saúde mental ao adulto, reconheço que o meu “saber ser” e estar em relação com o Outro, o “saber” e o “saber fazer” Benner (2001, p.33), foi desde sempre embebido numa necessidade de procura de formação, para a consolidação e melhoria contínua da minha prática clínica. Esta premissa tem caminhado comigo ao longo dos anos, motivando-me e levando-me à constante construção da minha identidade profissional e pessoal, impulso do meu estar no *aqui e agora*.

Ao longo deste meu percurso profissional, tenho-me deparado com um aumento exponencial de internamentos de indivíduos cada vez mais jovens, o que me tem levado a momentos de reflexão e de constante pesquisa, onde vejo reconhecida, a saúde mental na infância e adolescência, como um desafio e prioridade nas políticas de saúde pública. Esta necessidade e preocupação crescente, é espelhada em recomendações nacionais e europeias (Espírito Santo, 2021), indo ao encontro com os mais recentes dados epidemiológicos sobre a saúde mental das crianças e adolescentes, que se vêm a traduzir numa maior procura de respostas dos serviços de saúde. Este fato, também vincula as emergências sociais da realidade pandémica que vivemos em todo o mundo e de grande impacto na saúde mental dos adolescentes, como os últimos estudos indicam (Zhou et al., 2020). Estes números levam-nos à necessidade de um olhar mais focado e atencioso para os adolescentes, que por si só vivem importantes transformações físicas e psicológicas, decorrente da fase transitória de vida em que se encontram – a adolescência. Esta vulnerabilidade e o próprio contexto bélico vivencial de saúde pública, está a ter um grande impacto na sua saúde mental, emergindo necessidades urgentes de saúde e desafios de reorganização/criação de estruturas/equipas de apoio (Guessoum et al., 2020; Matos, 2020). Por sua vez, verifica-se também uma escassez de respostas dos serviços de saúde em Portugal, às necessidades de cuidados de saúde da infância

e adolescência, e daí o emergente desenvolvimento de serviços e programas neste âmbito (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

Após revisão da literatura acerca da temática, constato pela evidencia científica, que em Portugal, uma grande prevalência da patologia psiquiátrica no adulto, se instaura antes dos 18 anos de idade, e que entre os 5 e os 14 anos de idade, as perturbações mentais e comportamentais estão entre as doenças com maior impacto na qualidade de vida (Institute of Health Metrics and Evaluation, 2019; Conselho Nacional de Saúde [CNS], 2018).

Estas, gradativamente mais frequentes, veem afetar profundamente o desenvolvimento do futuro adulto, quanto à sua autonomia e às potenciais comorbidades, repercussões familiares, educacionais e sociais. Por sua vez, também todo o sofrimento experienciado, vem trazer “implicações que não se restringem apenas à patologia, mas a todo o equilíbrio biopsicossocial do adolescente” (Cunha, 2019, p. 19).

Reconheço e destaco a urgente necessidade de intervenção na saúde mental, apostando na promoção e na prevenção da doença em idades cada vez mais prematuras e precoces, visando benefícios a curto, médio e longo prazo, reconhecendo por si só, o elevado custo que a saúde mental tem a todos os níveis.

Desta forma, emergiram perguntas com especial interesse, tais como: como poderei ajudar os adolescentes em sofrimento mental? Que intervenções e abordagens terapêuticas? Perante a magnitude desta pertinente problemática, patenteou-se o meu cuidado e necessidade em desenvolver competências na intervenção clínica especializada com a população adolescente em sofrimento mental.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) centraliza o seu papel “na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Regulamento nº 515/2018, p. 21427). Assim sendo, o EESMP “desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais” (Regulamento nº 515/2018, p. 21427). É mediante esta prática profissional que o EESMP estabelece relações terapêuticas com o utente ou grupo, com o propósito de promover o *insight* sobre os problemas e a capacidade de desenvolver novas resoluções para os mesmos, tendo por base a confiança e parceria.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), é da competência do EESMP assistir “a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (Regulamento nº 515/2018, p. 21427), na qual, o relevante papel das abordagens terapêuticas não farmacológicas adquire particular importância, contrariando o paradigma

vivencial de algumas realidades atuais. Nesta perspetiva, o recurso a técnicas expressivas recorrendo ao uso mediadores expressivos pelo enfermeiro, apresenta-se como um precioso instrumento na intervenção com adolescentes (Antunes, 2018). A música, assumindo parte integrante da sua vida, constitui uma ferramenta muito poderosa no processo de autoconhecimento, no papel da sua identidade, da socialização/cultura e sentido de pertença, no âmbito emocional, permitindo que os adolescentes expressem emoções e sentimentos intrínsecos, (o que por vezes as palavras não conseguem fazer), a catarse de vivências, entre outros. É nesta perspetiva, que o corpo deste trabalho, sustenta um constructo de conhecimentos científicos/teóricos baseados na evidencia mais recente e robusta, tendo por base a problemática de cuidados, ancorada numa filosofia de cuidados, alicerçada no Modelo das transições de Afaf Meleis.

Neste sentido, o meu percurso de estágio decorreu em dois grandes contextos – comunitário e internamento, no período de 18 semanas. Num primeiro momento, numa equipa da Unidade Funcional Comunitária de Pedopsiquiatria (UFCP), e num segundo momento, na Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UIPIA), localizados ambos na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (RSLVT).

O presente relatório, terá início na problemática, pertinência e justificação do estudo, seguido do enquadramento teórico, onde apresento os principais conceitos- adolescência e sofrimento mental, a transição como conceito fundamental de Enfermagem, a intervenção do EESMP: a música como recurso terapêutico. Seguidamente, o percurso metodológico, com vista a caracterizar os contextos de estágio, objetivos, atividades e instrumentos. No terceiro momento, apresento atividades realizadas, os resultados, aprendizagens obtidas e competências desenvolvidas. Por fim, apresento as considerações finais, constrangimentos/limitações e dificuldades sentidas e sugestões para a prática.

O presente relatório é redigido cumprindo as regras do novo acordo ortográfico português e seguindo as mais recentes normas da American Psychological Association (APA) – 7ª edição.

1. PROBLEMÁTICA

No decorrer do meu caminho profissional, de uma mão cheia de anos de trabalho em serviços de psiquiatria de adultos, tenho verificado um aumento significativo de internamentos de faixas etárias cada vez mais jovens. Este emergir de necessidades, despertou o meu interesse em conhecer e aprofundar conhecimentos na área da infância e adolescência, onde se tem vindo a verificar dados epidemiológicos preocupantes ao nível da Europa. Assim sendo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas de saúde mental, o que corresponde a 10 a 20% das crianças e adolescentes em todo o mundo (OMS, 2017). Por sua vez, a Coordenação Nacional para a Saúde Mental (CNSM), faz-nos referência que embora muitas crianças não preencham critérios para diagnóstico de perturbação psiquiátrica, encontram-se da mesma forma em sofrimento, necessitando de cuidados especializados e diferenciados (CNSM, 2008).

Estes dados, apoiam-se também nos mais recentes estudos, desenvolvidos no decorrer da realidade pandémica que o mundo vive, pela infeção COVID -19, causada pelo SARS-COV-2, com grande impacto da saúde mental dos adolescentes. Segundo Matos (2020), esta situação de saúde pública, trouxe ao adolescente, família e sociedade desafios acrescidos, com implicações futuras na saúde mental destas e no seu desenvolvimento.

Um estudo recente sobre a saúde mental dos adolescentes, realizado por Zhou et al. (2020), a um grupo de 8,079 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, demonstra um aumento da prevalência de sintomas de depressão e ansiedade, constatando-se a necessidade de maior atenção à saúde mental dos adolescentes. Com a mesma equifinalidade, Liang et al. (2020), realizou um estudo com o intuito de avaliar a saúde mental dos jovens, e concluiu que, de uma amostra de 584 jovens, “40,4% foram considerados propensos a problemas psicológicos e 14,4% dos jovens com sintomas de stress pós-traumático.” (p.1)

Fatores referentes com a sua vulnerabilidade individual/familiar/social, o confinamento domiciliário prolongado, vivências bélicas, o afastamento da rede de amigos, da escola, o aumento considerável do tempo na internet/redes sociais, a exposição em massa à informação dos fenómenos pandémicos pelos *media*, entre muitos outros, constituem um impacto negativo na sua saúde mental (Imran, Zesham & Pervaiz, 2020; Matos, 2020; Oliveira et al., 2020). Traduzido em sofrimento mental, tem-se verificado, um aumento exponencial da procura de respostas de saúde e uma emergente necessidade em repensar a organização e qualidade das mesmas, sendo imperioso nortear estratégias face a um futuro, nestes novos desafios colocados aos profissionais e às organizações (Guessoum et al., 2020; Oliveira et al., 2020).

Referindo-me à realidade portuguesa, o relatório *Health Behaviour in School - Aged Children* (HBSC) afirma que, no que se refere à saúde mental e física dos adolescentes portugueses, se verifica um decréscimo global da mesma, relativamente ao ano 2014, referindo que a saúde mental dos adolescentes carece de atenção urgente, continuando a ser “um assunto pouco esclarecido, com os jovens a apresentar sintomas de mal-estar, por vezes mesmo tristeza extrema, desregulação emocional, preocupações intensas e evasivas, com pouco acesso a medidas que não sejam medicamentosas” (Matos & Equipa Aventura Social, 2018, p. 57). Por conseguinte, também se verifica uma escassez de respostas de saúde às emergentes necessidades de cuidados de saúde da infância e adolescência, requerendo um desenvolvimento de serviços e programas neste âmbito, como é referido no Plano Nacional de Saúde Mental 2007 (PNSM 2007-2016). (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

Segundo a Entidade Reguladora de Saúde (ERS) (2015), corroborando com outras entidades, constata-se em unanimidade que as repostas existentes no nosso país são ainda em reduzido número, face às necessidades existentes (PNSM 2007 - 2016, 2008; ERS, 2015; HBSC, 2018). No entanto, segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) constata-se um esforço em tentar diminuir estas fragilidades, no sentido de colmatar as necessidades sentidas neste âmbito (DGS, 2018). “Esta necessidade tem levado ao desenvolvimento de programas tendo por objetivo a promoção da saúde mental, a prevenção de comportamentos de risco e a deteção precoce de sofrimento mental.” (Santos et al., 2019, p.13).

Esta realidade, remete-nos para um foco e um olhar urgente e atento para os adolescentes, que por si só vivem importantes transformações, decorrente da fase transitória de vida em que se encontram. A adolescência é conceptualizada como o período ocorrido entre a infância e a vida adulta, sendo uma etapa do ciclo de vida marcada por profundas transformações físicas, psicológicas, sociais, afetivas, intelectuais e emocionais. Para Ferreira & Nelas (2006) é mais do que uma fase, é claramente um processo dinâmico, o qual não é uma tarefa fácil para o adolescente, que por sua vez, poderá levar à necessidade de intervenção por um profissional de saúde, como afirma Coimbra de Matos (2012b).

Esta intervenção na infância e adolescência, segundo Major & Seabra-Santos (2013) citado por Nabais & Nunes (2020), torna-se sobretudo de extrema importância, onde uma avaliação, intervenção precoce e efetividade de respostas, poderão ajudar a facilitar o tratamento, reabilitação e reinserção. Contudo, constata-se que uma escassez de recursos humanos, enfermeiros, psicólogos e outros terapeutas “impede que em muitos casos se possa proceder à necessária intervenção psicoterapêutica, nas diversas modalidades, implicando que o recurso a psicofármacos possa ser mais elevado” (DGS, 2018, p.30).

Perante esta percepção, assim surge a minha inquietude. Ausculto que na realidade muitos serviços se centram em respostas psicofarmacológicas e excessivamente medicalizadas, e é então aqui que se centra o meu papel e contributo, num sentido de mudança. Esta resiliência prende-se com o fato de sentir que o profissional deve partir da pessoa como referencial para a sua ação, reforçando a sua centralidade e unicidade, onde as intervenções psicoterapêuticas poderão assumir um instrumento facilitador da relação da pessoa consigo própria, com o outro e com o ambiente. O enfermeiro através destas, procura que a pessoa se reveja por meio de outras formas de expressão, comunicando com o outro e com o mundo, utilizando outras formas de diálogo que não o falado (Ferraz, 2009). Assim, reconheço que a utilização de mediadores expressivos pelo enfermeiro, na intervenção com adolescentes em sofrimento mental, se apresenta como um importante instrumento, onde o mesmo procura promover um espaço catarse (expressão), partilha de pensamentos, sentimentos/emoções, vivências, promovendo a individualidade, autonomia, socialização e desenvolvimento de competências no adolescente.

A expressão dramática, plástica, corporal, a música, as técnicas projetivas com recurso a fotografias/imagens e escrita, são exemplos de mediadores expressivos, dotados de uma notável plasticidade e contínua transformação, nunca se esgotando a si mesmo (Ferraz, 2009; Sousa, 2005). Assim, torna-se pertinente o uso da música como mediador expressivo no adolescente em sofrimento mental, sustentado por estudos recentes que demonstram benefícios psicológicos, fisiológicos e evidências de custos muito baixos, com ganhos em saúde claros (Takata, 2002; Stewart, Garrido, Hense & McFerran, 2019; Chadder, 2019; McFerran, 2020).

Considerando: o aumento da incidência de problemas de saúde mental na criança/adolescente, com graves repercussões no futuro (Santos et al., 2019; Matos, 2020); o “pouco acesso a medidas que não sejam medicamentosas” (Matos & Equipa Aventura Social, 2018, p.56); o recurso nímio a medicação psicofarmacológica devido à ausência de cuidados especializados, leva a repensar decisões: a prestação de cuidados especializados e preocupação/eficácia no uso de medicação (Santos & Cutcliffe, 2018); recurso de intervenções terapêuticas de prevenção e tratamento, requerem uma investigação clínica, no sentido de permitir desenvolver nos contextos, “... intervenções terapêuticas não-farmacológicas que potenciem o desenvolvimento e capacitem para a autonomia da criança/adolescente com comportamentos adaptativos salutogénicos” (Nabais & Nunes, 2020, p. 271).

Contactando desde muito cedo com a música, particularmente com o piano e guitarra, e reconhecendo as minhas potencialidades expressivas, este é um mediador que frequentemente utilizo quando cuido. São incontáveis, as vivências que imprimem valor e significado, à minha experiência e caminho profissional e pessoal, onde através da música consigo comunicar e chegar ao Outro de uma forma tão simples e única.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Adolescência e Sofrimento Mental

*“Eu não sou eu nem sou o outro,
Sou qualquer coisa de intermédio:
Pilar da ponte de tédio
Que vai de mim para o outro”.*
Mário de Sá-Carneiro (1996)

Adolescência deriva do latim *adolescere* que significa *crescer e atingir a maturidade* (Machado, 2015, p.14). Considerado como um estágio de desenvolvimento humano e também um período de transição em que a criança se torna adulta, este é marcado por grandes processos de mudanças biológicas, psicológicas e sociais (Gleitan, Fridlund & Reisberg, 2011).

Segundo Moreira (2017), permanece a dificuldade em conseguir determinar cronologicamente a delimitação do início e do *terminus* deste período. Por conseguinte, este refere que o início se encontra normalmente relacionado com os fatores biológicos – puberdade, e o seu *terminus* com marcos sociais – adoção de papéis e responsabilidades,” um processo marcado pela variação individual nas faixas etárias que ambos os processos emergem”. (p.19)

Segundo Mckinney, Fritzgerald & Strommen (1986), concebem o período da adolescência entre os 13 e os 19 anos de idade. Por sua vez, Fleming (2010), considera entre os 12 e os 19 anos de idade. Todavia, Azevedo (2010) e Papalia & Fieldman (2013), defendem que este período se situa dos 12 aos 18 anos e Townsend (2011) citando Erickson (1963), diz que é a etapa do ciclo de vida compreendida entre os 12 e os 20 anos de idade, onde o indivíduo procura um “sentido de confiança, estabilidade emocional e uma visão do próprio como indivíduo único” (p.39). Também a OMS considera o período da adolescência, entre os 10 e os 19 anos de idade e por sua vez para a Organização das Nações Unidas (ONU) encontra-se entre os 15 e os 24 anos (Eisenstein, 2005).

Embora nos deparemos com estes divergentes limites cronológicos e perante esta dificuldade de definição consensual, podemos verificar que todos corroboram com o fato de que a mesma começa no momento que se iniciam transformações anátomo-fisiológicas, biológicas, por outro lado não há consenso quando ao seu *terminus* e entrada na idade adulta.

Referindo-me à realidade portuguesa, considera-se que aos 18 anos de idade, o indivíduo atinge a maioridade, segundo a legislação em vigor. Porém, de acordo com as transformações económicas, políticas, sociais e familiares que vigoram na nossa sociedade, o indicador de autonomia financeira e social, está relacionada com a saída da casa dos pais (considerada por

muitos autores, um indicador de entrada na idade adulta), e esta dá-se cada vez mais tarde (Urbano & Sanchez, 2015).

Posto isto, e conotando importância em considerar a faixa etária que pretendo estudar, opto dar referência à definição pela OMS, como “(...) uma etapa de transição gradual que ocorre entre os 10 e 19 anos de idade... onde ocorrem rápidas e profundas mudanças, ao nível anatómico, bioquímico e mental, diferenciando a criança do adulto” (WHO, 2003, p. 2).

Nota-se ser consensual que a adolescência é caracterizada por diversos autores como um processo de “...transição, entre a puberdade e a adultícia, marcado por alguma inquietação” (Nabais, 2014, p.21). Aqui, também corroborado por muitos, ocorrem profundas transformações (fisiológicas, psicológicas, relacionais e sociais), que tendem a firmar a sua identidade e aquisição de autonomia. Assim, “Tornar-se adolescente tem subjacente um processo contínuo de mudança... de construção de uma identidade própria, de transformações físicas e de maturação sexual existindo uma preocupação especial com o corpo, com a aparência pessoal e com a aprovação social.” (Santos et al., 2019, p.39).

Segundo Erikson (1968), a adolescência é estimada como a fase final da infância, onde ocorrem mudanças de desenvolvimento que poderão levar a conflitos internos – crise de identidade, exigindo que o adolescente abandone/transforme as identificações infantis em outras identificações – identidade, ou seja, “o adolescente tem de descobrir quem é e incorporar isso na pessoa que foi no passado e naquela que será no futuro” (Zal, 1992, p.46). Nabais (2014) reforça esta ideia, e acrescenta que “a formação da identidade não é, no entanto, produto exclusivo da adolescência, mas consequência de uma multiplicidade de experiências do passado e do presente articuladas coerentemente” (p. 22). Veríssimo (2002), vem também pronunciar-se, assumindo que é neste contexto que “o seu ego, tentando estabelecer um sentido de coerência no self, se pergunta sobre quem é como pessoa, o que vale, qual a impressão que causa nos outros, etc” (p.19).

Nesta mesma linha de pensamento, é através da sociabilidade e da partilha com o outro, que o adolescente se tenta encontrar e afirmar, experienciando papéis no seu grupo de pares, onde se vai revendo naquilo que gosta e faz sentido, do que não gosta e não quer, recusando-se a desempenhar (ibidem). Nesta crise/confusão de papéis, entre entrega sem reservas e medo de ser rejeitado pelo outro, em busca desta construção identitária, o adolescente e o seu comportamento é influenciado por múltiplos fatores tais como: o contexto histórico e sociocultural com as suas exigências e influências sociais/crenças e representações em que este se inscreve – família e escola (Medeiros, 2015).

Deste conflito vivencial, o adolescente poderá vir a experienciar sentimentos de ambivalência, indecisão, angústia, medo de rejeição, entre outros, o que pode influenciar o seu

processo de identidade social. É nesta transição, que o papel da família é também por si só fundamental neste processo. Se por sua vez, existe a família sentida como “ideal, um ninho confortável e adubador onde se cresce em harmonia” (Matos, 2020, p.66), em que um ambiente securizante, ajuda o adolescente a crescer, desenvolvendo a sua responsabilização e autonomia. Por outro lado, a mesma autora afirma ser verdade que existem “outras famílias que vão desde o menos ideal até ser fonte de um sofrimento ... é na família que se potenciam os graves problemas psicológicos e de sofrimento “. (p.65) Esta vai oscilando entre a sua preocupação vigilante, ao tentar protege-los em demasia de realidades pensadas como prejudiciais, ocultando-lhe por vezes a realidade (Veríssimo, 2002), os comportamentos superprotetores e acríticos, ou demasiado autocríticos e controladores, que em nada favorecem a confiança na relação com o outro, a sua autonomia e responsabilização (Matos, 2020).

Marcada por inúmeras mudanças e alterações, a adolescência é um período de desenvolvimento humano, que não é por si só sinónimo de “período tempestuoso” como Bandura (1964) citado por McKinney, Fitzgerald & Strommen (1986) e Hall (1968) ¹ referenciado por Urbano & Sanchez (2015) referem, nem necessariamente uma “sucessão de lutos” ou “crise”, mas sim um período de conquistas e realizações (Coimbra de Matos, 2012a).

A literatura refere que para alguns adolescentes, este é um período complexo de mudança que poderá decorrer de uma forma calma, saudável e harmoniosamente (bem-estar e saúde mental), enquanto que para outros, poderá ser vivenciado com sofrimento. Para Oliveira (2003) citado por Santos et al. (2019), este é marcado por “inquietação e oscilação emocional face às transformações que ocorrem, às tarefas que exigem atenção e empenho, às grandes dúvidas e certezas que emergem, tantas vezes desproporcionadas ou contrapostas” (p.15)

Esta vivencia conturbada, de turbulência negativa, de dificuldades emocionais e estado de tensão (Monteiro & Confraria, 2014; Santos et al, 2019) poderá desencadear uma rutura de bem-estar, associada a escassas habilidades socio – emocionais, baixo autoconceito, autoconfiança e autoestima, e ineficazes estratégias de *coping* face a eventos geradores de stress e sofrimento, podendo vir a ser necessário intervenção de um profissional de saúde. (Matos, 2012; McConnell, Memetovic & Richardson, 2014; Santos et al., 2019).

Inscrevem-se nos diversos contextos, como fatores que podem influenciar o bem-estar do adolescente e conseqüentemente a sua saúde mental, tais como: a família, os pares e o contexto escolar (Cerqueira et al., 2019). Deste modo, um bom relacionamento com os pais, os pares e os professores, assenta como fator fundamental para melhorar o desenvolvimento psicossocial e o bem-estar emocional (Choi, 2018; Gaspar et al., 2018; Tomé et al., 2012).

¹ Caracteriza a adolescência, como um período de “tempestade e stress”, suportada por apresentar “reações emocionais voláteis e intensas” (Urbano & Sanchez, 2015, p.91)

O último estudo HBSC de 2018, assinala um agravamento substancial em relação à saúde mental e bem-estar dos adolescentes portugueses: 9,2% refere sentir-se triste todos os dias (5% em 2010 e 5,1% em 2014); 5,9% destes, dizem sentir-se tão tristes que até parece que não aguentam (3,5% em 2006, 3,8% em 2010 e 5,5% em 2014); 13,6% dizem sentir-se nervosos todos os dias (6,2% em 2010 e 8,4% em 2014); 12,6% referem sentir-se irritados; 9,6% referem sentir medo. Conclui-se então que a tristeza, a ansiedade e o nervosismo tem atingido números cada vez mais preocupantes (Matos et al., 2006 -2018; Gaspar et al., 2019; Matos, 2020).

O mesmo relatório refere ainda que: 27,6% dos adolescentes se sente preocupado todos os dias/várias vezes por dia, onde 21,8% verbaliza que quando tem uma preocupação intensa, esta “não o larga” e “ não o deixa ter calma para pensar em mais nada”; 16,2% menciona que, sempre ou quase sempre, “não é capaz de controlar coisas importantes da sua vida”; 17,1% expõe que, sempre ou quase sempre “sente que as suas dificuldades se acumulam de tal modo que não as consegue ultrapassar”; 27,6% refere “que nunca ou quase nunca sente que as coisas lhe correm como queria” e 26,2% assume que “nunca ou quase nunca se sente confiante com a sua capacidade para lidar com problemas pessoais” (Matos & Equipa Aventura Social, 2018).

Auscultando por sua vez as preocupações dos adolescentes, Matos (2020), vem divulgar um estudo realizado no âmbito do Projeto Europeu TEMPEST², onde inquiriu um grupo de adolescentes com média de idades de 14 anos, e veio a constatar que as grandes preocupações destes se prendiam com “a escola e as notas, a seguir a família, os conflitos e as doenças na família, e por fim, os amigos e os conflitos entre os amigos” (p.61). Concluiu que “a escola dava preocupações, mas não dá bem-estar nem é um recurso para vencer o mal-estar... a família dá preocupações, mas também dá bem-estar ... os amigos considerados recurso para vencer o mal-estar” (p.62). Estes resultados são preocupantes, na medida em que os adolescentes passam grande parte do seu tempo com a família ou na escola, e que referido por eles não concretizam potencial de bem-estar e os ajude a superar e a resolver “as suas coisas”. (Matos, 2020).

Seguindo a mesma linha de pensamento, e reforçado a ideia de que elevados níveis de bem-estar, estão relacionados com a qualidade das relações familiares e com o grupo de pares, diminuído assim o envolvimento em comportamentos de risco, como infere Camacho et al. (2010) e Gaspar et al. (2018). O sofrimento psicológico pode manifestar-se em comportamentos desviantes, como exemplo o consumo de substâncias, que por vezes funcionam como veículo atenuador de sofrimento, como o medo, a ansiedade, a tristeza ou a irritação (Cerqueira et al., 2019); comportamentos disruptivos, dificuldades de atenção e concentração, que acarretam consequências negativas evidentes em contexto escolar (Cartaxo, Pedroso & Cerejeira, 2014).

² Projeto Europeu TEMPEST (Auto-Regulação para a Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes).

A relação familiar é assim, considerada um fator protetor e de grande influência no bem-estar físico e psicológico dos adolescentes, nomeadamente ao nível da comunicação (Sussman et al., 2016; Choi, 2018; Espírito Santo, 2021). Em contrapartida, poderá vir a desempenhar um fator de risco, se esta não for positiva. No mesmo quadro se insere a relação com os pares, que poderá ser uma variável fundamental para a compreensão da influência que é exercida, e que pode contribuir para os resultados obtidos, sejam eles positivos ou negativos (Tomé et al., 2012).

Os fatores de risco, sensíveis ao cuidado do EESMP, poderão estar associados à criança, família ou ao contexto/evento de vida. Estes, segundo Espírito Santo (2021), também poderão ser cumulativos, ou seja, quanto mais fatores de risco identificados, maior é a probabilidade da criança/adolescente em sofrimento mental, vir a desenvolver problemas de saúde mental. Por sua vez, atento aos fatores protetores ou de resiliência, como as “competências de comunicação da criança, o desenvolvimento de relações familiares estáveis, seguras e protetoras, e com a existência de uma comunidade de rede de suporte, escolas inclusivas e capazes de apoiar os estudantes do ponto de vista escolar e extracurricular.” (ibidem, p.7).

Perante estes dados preocupantes, torna-se urgente “projetar e implementar intervenções na população adolescente com o objetivo de construir forças e recursos evolutivos que favoreçam o desenvolvimento positivo” (Gaspar et al., 2019, p.19), compreendendo a multidisciplinidade e articulação intersectorial, necessárias ao sucesso das mesmas. Programas multinível³, que potenciem fatores protetores - salutogénicos, reduzam os fatores de risco e aumentem a literacia, constituem focos de intervenção eficazes, na promoção, prevenção e detenção precoce de sofrimento mental (Cerqueira et al., 2019; Santos et al., 2019).

Presenteia-me inquietude e preocupação, perante os resultados de todos estes recentes estudos, que nos mostram que muitos adolescentes vivenciam esta transição com mecanismos de *coping* ineficazes e respostas desadaptativas, que se traduzem em sofrimento, podendo vir a instalar-se possíveis quadros psicopatológicos.

Segundo Pena (2011) citando Alencastre & Moreno (2003), a agressividade, a impulsividade e baixa tolerância à frustração, as dificuldades de aprendizagem, o desinteresse pela escola, as dificuldades nos relacionamentos sociais e/ ou familiares, alterações de comportamento, nomeadamente agitação, irritabilidade, rebeldia/ desobediência, inibição/ introversão, comportamentos autolesivos/ tentativas de suicídio, depressão, entre outros, são as principais alterações relatadas por pais de adolescentes em sofrimento mental. Estas alterações de comportamento, manifestam-se destas diferentes formas, embora todas elas com origem no

³ Caraterizados por abordarem de forma coordenada e planeada duas ou mais estratégias de intervenção, potencializando uma maior efetividade dos efeitos desejados. São exemplos: estratégias ao nível da promoção de programas psicoeducacionais, de desenvolvimento de competências, de sensibilização, etc. (Santos et al., 2019)

sofrimento mental do adolescente. Segundo Achenbach (1991) citado por Albrecht, Veerman, Damen & Kroes (2001), os problemas de comportamento e emocionais são divididos em dois tipos: *sintomas internalizantes* e *externalizantes*, onde o primeiro é associado ao próprio indivíduo, onde a tristeza, o medo, a ansiedade e as queixas somáticas, são exemplo; o segundo, é associado em relação a outras pessoas, e são exemplo disso, a impulsividade, a agressividade, a hiperatividade agitação psicomotora, delinquência, etc.

A multiplicidade de manifestações de sofrimentos mental durante a adolescência, exige uma grande diferenciação de diagnósticos de enfermagem e implementações de intervenções adequadas. Assim, também o sofrimento surge como um foco intervenção da enfermagem, constituindo-se como um diagnóstico (NANDA, 2018; CIPE, 2017), definido como uma “necessidade de tolerar condições devastadoras, associada a emoções negativas como tristeza, ansiedade, perda de identidade e de sentido de vida” (Almeida, 2019, p.13).

Dos focos/ necessidades que emergem, o EESMP tem aqui um papel fulcral em promover/facilitar/capacitar uma transição mais equilibrada e harmoniosa junto do adolescente em sofrimento mental. Este, detentor de uma compreensão singular do fenómeno de sofrimento e de quanto isto implica no projeto de vida do indivíduo, desenvolve conhecimentos e vivencias que lhe conferem competências, e que por sua vez lhe permitem mobiliza-se como instrumento terapêutico, junto do individuo em sofrimento, traduzindo-se em ganhos de saúde para este.

2.2 A Transição: Uma conceção fundamental em Enfermagem

“Num mundo constantemente em movimento, em mudança e a aprender a lidar com estas mudanças, as experiências humanas e as suas respostas às transições tornaram-se foco da atenção da enfermagem.”

Azevedo (2010, p. 40)

Fundamental e central à enfermagem, a transição ganha singular importância, na medida em que se centra na pessoa, assistindo-a ao longo do seu ciclo de vida. Assim sendo, transição, derivada do latim *transitióne*, que significa o ato/efeito de passar de um lugar/estado /assunto para o outro (Meleis et al., 2010). Neste sentido, ao longo da vida, a pessoa experiencia fases de mudança/transição, marcadas por alterações de uma fase, estado ou condição, para outra, caracterizando-se por períodos de instabilidade, antecidos e sucedidos por momentos de estabilidade (Meleis, 2010), remetendo para fenómenos de adaptação da mudança ou rutura (Murphy, 1990). Percebendo estas transições que a pessoa experiencia ao longo da vida, com todas as suas implicações e resultados, *Afaf Meleis*, elabora a sua teoria - *Transitions Theory*.

A transição é desencadeada por uma mudança no estado de saúde, habilidades, expectativas ou nos papéis relacionais, e é por si só um processo que se realiza no tempo, envolvendo a vivência e implicando desenvolvimento de novos papéis, relações ou competências. A forma como estas ocorrem, depende da sua natureza, da condição em que sucedem, sejam elas inibidoras ou facilitadoras, e dos padrões de resposta da pessoa ao fenómeno de transição (Meleis, 2010).

Categorizando as transições, a autora agrupa-as em quatro tipos: *transição de desenvolvimento*, *situacionais*, *saúde-doença* e *organizacionais*. Estas, embora distintas, podem também ocorrer simultaneamente, durante um determinado período e envolvendo a pessoa, família ou grupo. Não remetem somente para a mudança em si, mas para o processo/caminho a percorrer. As *transições de desenvolvimento* centram-se nos processos de maturação ao longo do ciclo vital, onde a adolescência é exemplo. As *transições situacionais*, referem-se a acontecimentos que exigem e levam a pessoa a redefinição e mudança de desempenho de papéis. As *transições saúde-doença*, associada ao despoletar/alterar o estado de saúde do indivíduo, ou seja, alteração de um estado de bem-estar para um estado de doença aguda ou crónica, ou mudança de *setting* de cuidados – internamento/domicílio. As *transições organizacionais* estão relacionadas com mudanças de organização, ambientes político, social, económico, de ordem estrutural ou dinâmica – desemprego, mudança de trabalho, entre outros.

Com isto, podemos dizer que a adolescência é palco de transição, de criança para adulto – *transição de desenvolvimento*, onde é esperada uma redefinição de papéis, abandonando o papel de criança, adquirindo novas construções e desempenhos. Assim face a estas transições, o adolescente necessita mobilizar as suas forças internas e externas, de modo a enfrentar, superar e adaptar-se à mudança que se instala.

Quando falamos em adolescente em sofrimento mental, a transição poderá tomar outros contornos, sobretudo quando os comportamentos inadaptativos o levam a vivenciar uma nova transição, podendo vir a passar de uma condição saudável para uma condição de doença – *transição saúde-doença*. O processo de agudização do sofrimento, poderá passar pela necessidade de internamento – *transição situacional*, onde a intervenção especializada é crucial.

Assim, quando o adolescente não se encontra preparado para experienciar a transição – *desempenho de papel insuficiente*, as intervenções do enfermeiro ocupam esse mesmo lugar, podendo assumir-se como preventivas ou terapêuticas (Meleis, 2010).

Adaptar esta teoria à prática do EESMP, permite que este, detentor de competências, desenvolva um conjunto de intervenções, das quais resultam cuidados holísticos e eficazes face às mudanças de vida que o indivíduo/família vivenciam. Assim, favorecer transições saudáveis no adolescente em sofrimento mental, constitui-se um grande desafio.

Desta forma, o EESMP antecipa, avalia, diagnostica, lida e ajuda neste processo de mudança, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar, prevenindo ou diminuindo o sofrimento mental do adolescente. É ele que cuida do adolescente/família, tendo em conta as características e singularidades, compreendendo a essência da vivência/transição, analisando as potencialidades e desenvolvendo intervenções de enfermagem especializadas, que favoreçam respostas positivas, facilitadoras de processos de transição mais saudáveis, melhorando a sua qualidade de vida. (Meleis, 2010)

2.3 A Intervenção do EESMP: A música como recurso terapêutico

“A música é o vínculo que une a vida do espírito à vida dos sentidos.”

Ludwig Van Beethoven (s.d).

Desde a essência humana, que a arte desempenha um papel singular no ser humano e na sociedade. Assim, mediando a realidade interna - psíquica e a realidade externa (Major & Corda, 2019), recorre a técnicas de expressão e criação artística- terapia pela arte, sendo frequentemente utilizada em intervenções não farmacológicas pelo EESMP, com intencionalidade terapêutica.

A expressão é intrínseca ao ser humano, sendo sentida por este como uma necessidade, onde através do gesto criativo, se apropria da realidade que vai percecionando, tornando-a sua. É assim, ao expressar-se, que a pessoa entra em contato consigo mesma, com o outro e com o mundo (Major & Corda, 2019), em que “tudo aquilo que sente, pensa e sabe, pode ser expresso através de múltiplas formas de linguagem, pelo olhar, pelos movimentos, gesto, choro, riso, mimica, desenho, pintura, modelagem, pelo teatro, pela música, pela dança, pela escrita, pela poesia...” (Bucho, 2011, p.20).

Nesta mesma linha de pensamento, a terapia pela arte mobiliza a expressão através de mediadores artísticos, também nominados mediadores expressivos, entendidos por Ferraz (2009) como “toda a ação, atividade, instrumento ou consigna, proposta a um cliente ou participante, para o levar a expressar-se livremente...” (p.19). São considerados veículos que ajudam na expressão do “eu interior” e na sua relação com o exterior-ambiente, possibilitando assim à pessoa comunicar, não sendo necessária a palavra, onde a arte é por si só a palavra.

É através da arte que a pessoa em sofrimento diz o que não consegue dizer por meio da narrativa. Por sua vez, o mediador facilita/promove a relação, sendo também um veículo entre a pessoa e o terapeuta. (Ferraz, 2009; Bucho, 2011). Promovem a catarse, a expressão de pensamentos, sentimentos/emoções, facilitam a comunicação e o relacionamento com os outros

e consigo mesmo, detém um papel de reabilitação, estimulam a criatividade, imaginação e o raciocínio, a autonomia e transformação interna, possibilitam o treino de competências sociais, resultando num aumento da autoestima e autoconfiança (Ferraz, 2009; Carvalho 2013).

Os mediadores expressivos, segundo Ferraz (2009), agrupam-se em: lúdico, ritualístico, sensorial e artístico- onde a música se inscreve.

No âmbito da saúde mental, a música pode ser utilizada como instrumento terapêutico no cuidado à pessoa em sofrimento mental (Batista & Ribeiro, 2016). A sua utilização ajuda na promoção de um *setting* terapêutico, motivando resultados muito positivos na pessoa alvo de cuidados. Esta, exerce uma influência psicológica e física sobre o seu comportamento, com capacidade de reconstruir identidade, integrando a pessoa no seu contexto social, melhorando a autoestima, autoconfiança, reduzindo ansiedade, operando como um significativo meio de comunicação (Batista & Ferreira 2015; Nascimento et al., 2018, apoiando-se em SILVA et al., 2013; AVELINO et al., 2014;).

A música, segundo Belgord et al. (2006) citado por Almeida & Silva (2013), possibilita a vivência de situações por meio do ouvir e sentir das emoções humanas. É abordada como “híbrida”, baseando-se por um lado na arte, através da música em si, e na ciência, profícua aos fundamentos terapêuticos da sua utilização.

Os seus contributos terapêuticos passam pela promoção de novos meios e formas de comunicar, permitindo assim o acesso da pessoa ao seu interior, à perceção de si – autoconhecimento, e ao outro, mobilizando emoções, que poderão levar a um bem-estar físico e mental e por sua vez a qualidade de vida (Almeida & Silva, 2013; Areias, 2016).

Corroborando com o que nos dizem estes autores na literatura, Stewart et al. (2019) acrescenta que a música é para o homem parte integrante da sua vida e na adolescência detém um papel crucial e uma ferramenta poderosa no processo de autoconhecimento do adolescente, no âmbito emocional, na socialização/cultura, na sua identidade, sendo mesmo considerada “a mais importante marca de pertença a um grupo e um excelente preditor de comportamentos de proteção e de risco” (Matos, 2020, p.127).

A música encontra um espaço único na vida dos adolescentes, tornando-se por vezes parte da sua identidade social e pessoal. Este importante lugar, é confirmado pela “voz” dos próprios no relatório HBSC 2018, onde ocupa a segunda posição das suas preferências nos tempos livres (46,9%), precedida do uso do telemóvel (56,6%). (Matos et al., 2018).

É com esta compreensão do marcante lugar que a música ocupa na vida do adolescente, que nos permitimos a utiliza-la como mediador expressivo, em intervenções individuais e em grupo, privilegiando os relevantes ganhos que os mesmos poderão alcançar, junto de adolescentes em sofrimento mental. São muitos os autores que veem reforçar e destacar os

benefícios da música como recurso terapêutico, junto dos adolescentes, onde a mobilizam de forma a ajuda-lo nas suas vivencias e processos de transição (Chadder, 2019; McFerran, 2020).

Esta permite que este expresse as suas emoções e sentimentos intrínsecos, permita a catarse de vivências, a regulação de estados emocionais (Sakka & Justin, 2017; Constantin & Dragulin, 2019; Stewart et al., 2019), e por sua vez, combinada com outras artes, “a sua espontaneidade, a criatividade, o sentido de identidade, a expressão emocional, a tomada de decisões e as capacidades intra e interpessoais” (Galvão, 2014, p. 17, apoiando-se em Bruscia, 1998; Peters, 2000). As mesmas autoras, fazem também referencia à importância da consciência das escolhas/escutas musicais, e à capacidade de reconhecer que por vezes estas escolhas vão intensificar mecanismos negativos - poderá estar também relacionado com o *insight* para a sua saúde mental. (Beck, Bar-uch & Balter, 2004; Riggs, Grant, Perivolitis & Beck, 2012, citados por Garrido & Schubert, 2015).

No âmbito da intervenção com o adolescente em sofrimento mental, “as experiências musicais podem ser variadas e podem incluir escuta de canções, cantar, tocar instrumentos, música e movimento, notação musical, leitura musical e criação de músicas, e podem ser praticadas isoladamente ou combinadas.” (Galvão, 2014, p. 17). Deste modo, a intervenção psicoterapêutica em enfermagem (técnicas de intervenção estruturadas/sequenciais) é apoiada em: taxonomias de enfermagem; evidencia científica de varias escolas do saber – abordagem integrativa; identificação de diagnósticos de enfermagem; relação terapêutica, onde enfermeiro e utente participam ativamente com consciência de si e do seu papel. É um processo contínuo, que pode ser desenvolvido em momentos individuais ou em dinâmica de grupo (Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut, 2020), espaço este, de enorme potencial interativo social/relacional, de conscientização do eu e do coletivo, estimulando por sua vez a criatividade (Batista & Ribeiro, 2016), a motivação, autoestima e autoconfiança (Leubner & Hinterberge, 2017), privilegiando as características pessoais dos adolescentes, a criatividade e a expressão verbal e não-verbal.

O EESMP tem em suas mãos um valioso instrumento que lhe permite chegar ao adolescente em sofrimento mental, de forma a poder ajuda-lo. Assim, a conscientização da utilização da música como mediador expressivo, merece particular destaque, pelos importantes ganhos psicológicos/fisiológicos, custos muito baixos e ganhos em saúde claros (Areias, 2016; Chadder, 2019).

3. PERCURSO METODOLÓGICO

O preâmbulo deste percurso, deu-se com a necessidade em procurar evidencia, de realizar pesquisas em bases de dados, relatórios e teses desenvolvidas e perceber ao nível da literatura, a existência de um corpo de conhecimentos que viesse dar resposta à minha inquietação, conferindo consistência e evidencia ao tema e intervenção. É explanado na literatura, que nos últimos anos, referente à população adolescente ao nível do nosso país, se encontra um número pouco expressivo de trabalhos, no entanto já se começa a encontrar mais investigação nesta área. Relativamente às técnicas expressivas, mais concretamente à música, a literatura encontrada é maioritariamente ao nível da psicologia e educação, sobretudo estudos internacionais. No que se refere à enfermagem, persiste uma carência de trabalhos desenvolvidos nesta área, motivo do meu impulso, motivação e dedicação, por acreditar que esta merece maior atenção e clarividência por parte dos Enfermeiros.

3.1 Contexto Comunitário - UFCP

A primeira fase de estágio, decorreu num período de 9 semanas, na Unidade Funcional Comunitária de Pedopsiquiatria (UFCP) de um hospital da RSLVT. Esta encontra-se inserida no departamento de saúde mental e respetivo organograma hospitalar, que se divide em mais duas unidades especializadas, a Área de Dia de Pedopsiquiatria (ADP) e a Pedopsiquiatria de Ligação, em que a intervenção desenvolvida é dirigida a crianças/adolescentes e famílias. A missão do serviço é prestar cuidados de saúde mental e psiquiátricos à população dos 3 aos 18 anos de idade, mediante estratégias de: avaliação e intervenção; prevenção e intervenção precoce; promoção de saúde mental e prevenção universal e seletiva, com objetivo de reduzir fatores de risco e potenciar fatores de proteção.

Em relação ao modelo de intervenção, o serviço desenvolve a sua atividade segundo um modelo de intervenção comunitária, que privilegia a multidisciplinaridade/trabalho em equipa, a articulação com os vários recursos e estruturas comunitárias e intervenção coordenada com o sistema de proteção de crianças e jovens, de forma a garantir abordagens terapêuticas diferenciadas em função das necessidades avaliadas. Saliento a articulação e parceria estabelecida com os Cuidados de Saúde Primários, Câmara Municipal, Escolas, Comissões e Equipas locais de intervenção precoce e psicossocial, representando uma importante rede de suporte para as crianças/adolescentes e famílias. Para além deste modelo de intervenção, o serviço preconiza, com foco na prevenção, programas e projetos em parceria com as equipas comunitárias de Psiquiatria. Esta via de comunicação diferenciada, preconiza esta partilha

conjunta em áreas de interface, facilitando a transição do jovem que necessita de continuidade de cuidados de saúde mental.

A equipa multidisciplinar é constituída pela enfermeira especialista (EE), pedopsiquiatras, psicólogos clínicos, psicomotricista, assistente social, entre outros. A via de referenciação de casos para a equipa, é feita de diversas formas, através: do médico de família, da consulta tempo e horas - pedidos ALERT; referenciação de casos da Pediatria e Psiquiatria do hospital pertencente, triados em reunião multidisciplinar; referenciação através das reuniões comunitárias semanais, com diversos centros de saúde da área de abrangência; referenciados do serviço de urgência e transferências de outros hospitais.

Referente ao percurso dos casos quando chegam á equipa e à organização e metodologia dos cuidados, o primeiro contato e abordagem á criança/adolescente e família, é feito pela EE, em consulta de enfermagem (individual e familiar). Posteriormente são encaminhados para a consulta médica, onde é feita uma avaliação diagnóstica e discutido em equipa o projeto terapêutico para a criança/adolescente e família, definindo um conjunto de respostas/intervenções diferenciadas, multidisciplinares, reavaliadas periodicamente. Estas podem envolver, consultas de pedopsiquiatria, psicologia, consulta de enfermagem (adesão, avaliação de fatores protetores/risco, monitorização terapêutica, apoio à parentalidade, articulação escolas e centros de saúde), consultas de serviço social, intervenção da terapia ocupacional e psicomotricista, e área de dia.

3.2 Contexto Clínico - UIPIA

A segunda fase de estágio, decorreu também num período de 9 semanas, numa Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (UIPIA), de um hospital da RSLVT. Esta unidade tem como missão, a prestação de cuidados de saúde mental e psiquiátricos diferenciados à criança/adolescente e família, mediante estratégias de avaliação, intervenção, promoção e prevenção. Atualmente oferece uma capacidade de 16 internamentos de crianças/adolescentes, até aos 17 anos inclusive, com psicopatologia aguda ou sub-aguda, excluindo situações de toxicodependência e delinquência. A equipa multidisciplinar é constituída por 22 enfermeiros, dos quais 14 são EESMP, pedopsiquiatras, psicomotricista, terapeuta ocupacional, assistentes operacionais, entre outros. Referente à metodologia e organização dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro de referência é atribuído a cada criança, o qual, em parceria com esta e com a restante equipa, estrutura e define um projeto terapêutico personalizado, que promovendo a sua continuidade, é avaliado e reformulado diariamente em reunião multidisciplinar. Cabe referir também que a intervenção terapêutica realizada, integra

a intervenção individual e grupal, acreditando nas potencialidades da intervenção em grupo, e essencialmente no ambiente e intencionalidade terapêutica em que estas se invocam. Pautadas pelo *Milieu* terapêutico- ambiente contendor, securizante e organizador, facilitador de organização interna, promotor de expressão, permitindo às crianças/adolescentes “dar voz” ao seu sofrimento. Estas atividades terapêuticas com recurso a mediadores expressivos, são dinamizadas por dois EESMP (terapeuta e co-terapeuta), calendarizadas semanalmente, nas quais tive uma participação ativa - expressão dramática, dança e movimento, terapia pela arte, psicoeducação, cineterapia, autocuidado e relaxamento. No entanto, foi na atividade terapêutica dança e movimento, que me integrei e dediquei mais tempo, no papel de terapeuta e co-terapeuta com EESMP orientadora, na qual mobilizei a música e o movimento como recurso terapêutico.

3.3 Objetivos, atividades e instrumentos

Por forma a dar resposta e sentido ao exposto até então, defini os seguintes objetivos, indo ao encontro com a finalidade e propósito deste relatório de estágio, o desenvolvimento de competências de EESMP.

Como objetivos delinee: demonstrar consciência de mim mesmo na relação terapêutica e nas intervenções psicoterapêuticas⁴; demonstrar competências de avaliação, diagnóstico e intervenção, junto do adolescente e família⁵; capacitar o adolescente em sofrimento mental, utilizando a música como recurso terapêutico⁶.

Como objetivos específicos: Identificar emoções/sentimentos ou outros fatores pessoais que possam interferir na relação terapêutica, gerindo fenómenos de transferência e contratransferência; Executar uma avaliação global do adolescente e família, que permita uma descrição clara da sua história de saúde, com ênfase na história de saúde mental; Desenvolver planos de cuidados individualizados em saúde mental ao adolescente e sua família, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados; Desenvolver processos

⁴ **F1** - Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

⁵ **F2** - Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;

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

⁶ **F4** - Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

psicoterapêuticos e socioterapêuticos, utilizando a música como recurso terapêutico, para restaurar a saúde mental do adolescente em sofrimento mental.

Deste modo, de forma a dar resposta a estes objetivos, delineeii intervenções e instrumentos de trabalho para os dois contextos de estágio. Assim, considero a: realização de reflexões críticas (Ciclo de Guibbs) e diários de campo; participação nas reuniões de equipa multidisciplinar e reuniões de tutoria com o Professor e Enfermeiro/a Orientadores; realização de entrevistas de ajuda e estudos de caso - planos de cuidados; co-dinamização/dinamização de intervenções psicoterapêuticas (individuais ou em grupo), utilizando a música como recurso terapêutico, no adolescente em sofrimento mental.

Foi através da observação, da narrativa e dos planos de cuidados e sua avaliação, que avaliei a eficácia das intervenções e ganhos em saúde.

4. PERCURSO DE APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Reconheço o percurso até aqui construído, como um processo contínuo de reflexividade, empenho e aprendizagem. Assim, tomando consciência de todo o processo desenvolvido, da apropriação de conhecimento, das vivências dos contextos e respectivas competências, cabe-me coloca-las em discurso, descrevendo o caminho para as alcançar. Deste modo, neste capítulo irei explanar e demonstrar as mais relevantes atitudes, intervenções e atividades desenvolvidas nos contextos – comunitário e clínico, mobilizando com as competências comuns e específicas que integram os regulamentos do EESMP.

4.1 A Comunidade

Em concordância com o organograma do serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência, as atividades realizadas ao longo do estágio, foram desenvolvidas maioritariamente na UFCP e na Área de Dia de Pedopsiquiatria.

Atenta às particularidades deste novo contexto de prática clínica e à necessidade de me integrar e conhecer a população-alvo de crianças/adolescentes e famílias, procurei envolver-me e dotar-me de uma visão integrada de todas as dimensões e respostas às necessidades. Desta forma, dando corpo a este modelo integrado de base psicodinâmica e fenomenológico-existencial, procurei articular e compreender a criança/adolescente e família, inserida no seu contexto, bem como os recurso/estruturas comunitárias onde estão inseridos.

Ao longo do estágio, deparei-me com uma grande complexidade de casos clínicos, numa população-alvo com características heterogêneas e com marcado risco psicossocial. Esta, de igual forma, alvo de intensos movimentos migratórios e não só, acaba por apresentar fatores de risco, dos quais se destacam uma grande incidência de marginalidade, exclusão social, maus-tratos, negligência, e outras situações de risco, no qual estas crianças e jovens se veem envolvidos. Todavia, existe uma ampla rede social, com inúmeras estruturas na comunidade que apoiam estas crianças/adolescentes e famílias, com as quais a UFCP articula regularmente.

Esta articulação torna-se fundamental, pois para além de permitir conhecer os parceiros da comunidade, facilita a comunicação com figuras-chave, possibilitando um plano de intervenção conjunto e coordenado, com respostas mais adequadas de suporte às crianças/adolescentes e famílias acompanhados pela equipa. Esta inter/multidisciplinariedade, assume-se pilar na intervenção, resultando em projetos terapêuticos integrados e integrantes.

No decorrer do estágio, integrei e participei de forma ativa nas reuniões comunitárias em parceria com a EE, refletindo e articulando com a restante equipa multidisciplinar (pedopsiquiatra, psicólogo e assistente social), com psicólogos dos centros saúde e agrupamentos de escolas da área de abrangência, equipa de intervenção precoce, enfermeiras da saúde escolar, entre outros. Atualmente, devido ao plano de contingência COVID-19, estas reuniões realizam-se por videoconferência, embora anteriormente, a equipa descolava-se aos centros de saúde para realizar as mesmas. O desenvolvimento destes meios telemáticos, vieram facilitar a articulação e comunicação, nomeadamente ao nível da intervisão de pares e teleconsultoria (OE, 2020).

Foi assim, através da observação participante (Mónico et al., 2017) e reflexiva, que vivenciei a discussão de casos, onde era feita a triagem dos mesmos, de forma a perceber a necessidade de intervenção e resposta diferenciada por parte da equipa, priorizando-os consoante o grau de gravidade e necessidade de intervenção. Da mesma forma, recebi feedback dos jovens acompanhados em consulta de enfermagem e pela equipa, dos quais fui realizando notas de campo, essenciais ao “olhar” compreensivo das necessidades, sensível ao cuidado.

Fui sentindo o relevante impacto do entrecruzar de conhecimentos das diversas disciplinas, constituindo-se uma mais valia para o equilíbrio da avaliação de cada situação. A grande complexidade dos casos em saúde mental da infância e adolescência “tem exigido a aproximação e associação gradual de diferentes áreas do conhecimento” (p.513). De igual modo, mobilizei construtos e vivências da minha experiência profissional em cada espaço de encontro, onde os mesmos foram promotores de reflexão na equipa, reconhecidos, integrados e reforçados positivamente, numa perspetiva de melhoria da prática clínica. Tive oportunidade de participar ativamente em tomadas de decisão, em parceria com EE e articulando com a restante equipa ⁷.

4.1.1 Consulta de Enfermagem a Adolescentes

No seguimento da magnitude do distanciamento físico imposto pela Pandemia COVID-19, reconhecendo de antemão a assimetria do nosso país, no que respeita ao acesso e à disponibilidade aos recursos de saúde, impera a necessidade de desenvolver e implementar soluções de proximidade, de forma a garantir a continuidade dos cuidados. Neste mesmo enquadramento, o recente parecer nº 53/2021 do Conselho de Enfermagem da OE, emitiu

⁷ **Competência C1** – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

princípios orientadores que visam boas práticas, assentes em orientações nacionais e internacionais, que dão suporte à consulta e teleconsulta de enfermagem (OE, 2021a).

Neste sentido, no contexto pandémico de prestação de cuidados na UFCP, em parceria com EE, atenta ao quadro de referência orientador do meu exercício e deontologia profissional, mobilizei-me, ancorada à evidencia nos documentos emitidos pela OMS, pela DGS, pela OE, operacionalizando aspetos práticos combinados entre consultas presenciais e teleconsultas.

A consulta de enfermagem⁸, tem como alvo dos cuidados a criança/adolescente (3 aos 18 anos de idade) e sua família, e é realizada pela EE. O primeiro contato da criança/adolescente e família com a equipa, é feito na primeira consulta pelo EE, que seguindo orientações e adaptações das atividades presenciais, transitaram para uma metodologia de Consulta de Enfermagem não presencial⁹ ou teleconsulta, feito por telefone do serviço com o familiar/pessoa de referência. Assumi autonomamente este contato, inicialmente dando enfoque ao consentimento informado, tendo o cuidado de explicar esta metodologia de comunicação à distância, a confidencialidade dos dados/vivencias partilhadas, informando que não eram permitidas gravações. De notar que este consentimento informado expressamente consentido é devidamente assinado em consulta presencial, registado em processo clínico, segundo a norma nº 15/2013 emanada pela DGS e seguindo o Guia de Recomendações da Ordem dos Enfermeiros para as Consultas de Enfermagem à distância/Telenfermagem (OE, 2020).

Deparei-me com importantes limitações deste *modus operandi*, sobretudo no que se refere à barreira na comunicação não verbal, à interação e relação com o outro, entre outros aspetos, até mesmo no que se refere à segurança da informação. No entanto, esta resposta de maior acessibilidade e mais célere, permitiu-me triar o risco de exposição no imediato, articulando com o médico e agendando consultas presenciais ou referenciando para o serviço de urgência. Indo ao encontro do explanado na literatura, assumo que não podemos preterir o contato presencial, o qual deverá sempre assumir-se como prioridade.

Realizei inúmeras teleconsultas de primeira vez, com familiares/pessoas de referência de adolescentes em sofrimento mental de forma autónoma, por meio de um telemóvel do serviço (garantindo privacidade/confidencialidade), nas quais utilizei um guião de entrevista de enfermagem inicial, que respeita as etapas do processo de enfermagem, dando resposta a objetivos claros da intervenção.

⁸ Segundo parecer do Concelho de Enfermagem Nº 53/2021 da OE (2021a), a consulta de enfermagem é uma “consulta autónoma, programada ou não, presencial ou não presencial, que pode ocorrer em diferentes contextos, permitindo atender às necessidades em cuidados de enfermagem, garantindo a continuidade de cuidados e a referenciação da pessoa para enfermeiros especialistas ou para outros profissionais quando necessário” (p.9)

⁹ Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2020), a Consulta de Enfermagem não presencial “ocorre sem a presença física do utente, sendo o contacto estabelecido através de outros meios, entre eles, telefone, videochamada, carta, correio eletrónico, representante legal e/ou cuidador.” (p.3)

Tentando superar esta importante barreira da distância, mobilizei-me como instrumento terapêutico, recorrendo aos meus conhecimentos, capacidades comunicacionais, sensibilidade linguística e cultural, de forma a realizar uma avaliação global do adolescente e família, inseridos no seu contexto social, identificando necessidades, fatores promotores/protetores e de risco, avaliando o impacto na funcionalidade e autonomia que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida do indivíduo.¹⁰ Favorecendo um espaço promotor de expressão e sensível ao outro, acolhi mesmo desta forma distante, devolvendo segurança, compreensão pela história de vida e respeito nas necessidades/pedidos de ajuda partilhados, empatizando dificuldades, medo/receios e dúvidas.

Das teleconsultas realizadas, constatei uma grande prevalência de pais/pessoa de referência, com marcada iliteracia no âmbito da saúde mental, dificuldade no conhecimento e/ou desempenho do papel parental, manifestado por culpa, vergonha, insegurança e medo, associado também ao impacto do confinamento obrigatório e situação pandémica. Dos principais diagnósticos de enfermagem (ICN, 2017) levantados, destaco: Sofrimento (mental); *Stress* do cuidador; Desempenho de papel comprometido; Culpa; Ansiedade; *Coping* Comprometido; Desesperança; Isolamento Social; Processo familiar comprometido.¹¹

Desta forma, ao contactar com a angústia destas famílias, que partilhavam a impotência em lidar com o sofrimento dos seus filhos, com fracas estratégias de *coping* face a momentos de maior crise, a minha intervenção focou-se no empoderamento e adesão à consulta presencial.

Não obstante, da avaliação de risco realizada, assim eram programadas e agendadas as consultas de enfermagem presenciais, inicialmente na presença do adolescente e familiar/pessoa de referência e num segundo momento apenas com o adolescente. Este primeiro encontro, apresentou-se fundamental tanto no acolhimento do jovem e família à equipa, como na construção/desenvolvimento da relação terapêutica - central à prática da enfermagem (OE, 2021b). Suportada por um conjunto de saberes científicos, técnicos e éticos, num processo que

¹⁰ **Unidade de competência F2.1** – Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente. **Critério de avaliação F2.1.1** – Avalia a repercussão para a saúde mental da interface entre o indivíduo, família, grupos, comunidade e os sistemas sociais, de saúde, escolares, profissionais, culturais, desportivos, recreativos, espirituais e políticos; **F2.1.1** – Avalia fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental assim como fatores predisponentes de perturbação mental na comunidade e grupos.

Unidade de competência F2.2 - Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família. **Critério de avaliação F2.2.1**- Executa uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do Cliente; **F2.2.2** – Executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental; **F2.2.3** - Avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do Cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia.

¹¹ **Unidade de competência F3.1.** - Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade. **Critério de avaliação F3.1.1** – Identifica os problemas e necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental.

também por si mesmo, transporta um conjunto de intencionalidades terapêuticas, fui começando a criar laços de confiança com o adolescente e família. Assim, centrada na dimensão e perspectiva positiva da pessoa, prestei cuidados ao adolescente e família com o foco na dimensão saudável e fatores protetores, valorizando, encorajando e reforçando positivamente.

Assumi de forma autônoma (na presença da EE), a primeira consulta presencial: escutei e mostrei disponibilidade; identifiquei emoções/sentimentos e outros fatores pessoais que pudessem interferir na relação terapêutica, gerindo fenômenos de transferência e contratransferência¹²; promovi a relação terapêutica; executei a avaliação global do adolescente e família; identifiquei pedidos de ajuda/necessidades; promovi junto do adolescente, o autoconhecimento, ajudando-o a compreender o sentido que atribui às suas vivências, identificando estratégias adaptativas e recursos internos e externos; identifiquei fatores protetores e de risco; realizei educação para a saúde e motivei a adoção de estilos de vida saudáveis; promovi a adesão à consulta e o empoderamento do adolescente e família. Dos principais diagnósticos de enfermagem (ICN, 2017) levantados, destaco: Sofrimento (mental); Ansiedade; Baixa autoestima; Isolamento Social; Processo Familiar Comprometido; Autocontrole Comprometido; *Coping* Comprometido; Sono Comprometido; Risco de Não Adesão; Risco de Comportamento Autodestrutivo. Desenvolvi planos de cuidados individualizados ao adolescente e família, com base nos diagnósticos e resultados esperados.

Deste modo, tive oportunidade de acompanhar vários adolescentes em sofrimento mental e suas famílias, e compreender o papel do EESMP em promover/facilitar/capacitar uma transição mais equilibrada e harmoniosa junto destes. Realizei um estudo de caso a um adolescente em sofrimento mental e sua família (APÊNDICE I), acompanhado em consulta, a frequentar a ADP, integrado no grupo terapêutico “CRESCER” (nome fictício). O mesmo foi apresentado por mim à equipa multidisciplinar, no âmbito da sessão clínica, realizada semanalmente, dando visibilidade a toda a intervenção realizadas a Artur e sua mãe.¹³

4.1.2 Intervenção em Grupo Terapêutico junto de Adolescentes em Sofrimento Mental

Ao nível da ADP, para além de ter observado intervenções individuais realizadas por outros profissionais da equipa, nomeadamente pela pedopsiquiatra, psicomotricista e terapeuta

¹² **Unidade de competência F1.1** – Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.

¹³ **Competência B1**- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Competência B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua

ocupacional, participei e integrei o grupo terapêutico “CRESCER”, dinamizado em co-terapia com a EE e Terapeuta Ocupacional.

Este, é dirigido a um grupo de adolescentes, dos 13 aos 16 anos de idade, com défice cognitivo ligeiro a moderado, insucesso escolar, baixa autoestima e autoconfiança, estratégias de *coping* ineficazes geradoras de stress e respostas inadaptativas, que se traduzem em sofrimento mental. São exemplo a agressividade, a impulsividade e baixa tolerância à frustração, as dificuldades de aprendizagem, o desinteresse pela escola, as dificuldades nos relacionamentos com os pares, sociais e/ ou familiares, alterações de comportamento, nomeadamente agitação, irritabilidade, entre outros.

Importa referir, que os adolescentes são seguidos e referenciados pela equipa, para integrar o grupo terapêutico. Numa primeira fase, anterior à criação do grupo, é realizada uma entrevista em co-terapia, onde estão presentes terapeuta, coterapeuta, adolescente e seu cuidador (pai/mãe/familiar/pessoa de referência). Este primeiro momento é fundamental, onde o espaço criado é destinado a: conhecer o adolescente/família com que vamos trabalhar, as suas preocupações atuais e funcionamento; dar a conhecer o projeto de intervenção, contextualizando-o e partilhando os objetivos do mesmo e o cronograma das sessões; dar início ao processo de relação entre os intervenientes; entrega do consentimento informado; definir por escrito os princípios orientadores do grupo (regras/direitos/deveres), entregue contrato terapêutico. Um aspeto fundamental neste primeiro contato é conhecer o horário das atividades escolares para que estas sejam salvaguardadas, pois é de todo o interesse que o adolescente mantenha o seu funcionamento escolar, e por sua vez facilitar a adesão ao grupo terapêutico.

Os critérios de exclusão para integrar o grupo prendem-se com psicose ativa, ideação suicida, comportamentos autolesivos ativos e imposição de participar no programa de intervenção, por um profissional de saúde ou familiar/tutor legal, a não assinatura do consentimento informado de forma a respeitar o princípio ético da confidencialidade ou do contrato terapêutico, não saber ler/falar português.

Os objetivos terapêuticos, ao nível da estimulação cognitiva, prendem-se com: promover a criatividade, melhorar as funções cognitivas, estimular a memória, aumentar o tempo de atenção, controlar impulsos, contribuir para uma eficaz resolução de problemas. Ao nível do desenvolvimento emocional: promover o reconhecimento das suas próprias emoções e as emoções do outro, promover a expressão de emoções de forma ajustada. Ao nível do desenvolvimento de competências sociais: promover interações positivas entre os pares, contribuir para uma adequada gestão de conflitos.

O grupo “CRESCER”, está estruturado num conjunto de sessões, com diversas metodologias ativas, objetivos e fins terapêuticos, seguindo um enquadramento base, onde

numa primeira fase dá lugar à partilha de vivências no decorrer da semana, compreendendo as necessidades individuais e do grupo, explorando e identificando as emoções do próprio. Na segunda fase, é elaborada a atividade específica, finalizando com a reflexão/partilha do que foi realizado e apreendido, explorando emoções/sentimentos individuais e do grupo.

Neste enquadramento, desenvolvi intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, utilizando a música como recurso terapêutico, para restaurar a saúde mental dos adolescentes em sofrimento mental.¹⁴ Planeei, estruturei e dinamizei em co-terapia com EE e Terapeuta Ocupacional, um conjunto de 6 sessões, com objetivos terapêuticos que emergiam das necessidades dos adolescentes do grupo, com características de grupo aberto, constituído por 4 adolescentes, de ambos os sexos e idades compreendidas entre os 13 e 16 anos - Maria, Rui, João e Artur (adolescente que realizei o estudo de caso). Os nomes apresentados são fictícios.

Como diagnósticos de enfermagem comuns ao grupo levantados, realço: Sofrimento (mental); Interação social comprometida; Autocontrole Comprometido; *Coping* Comprometido; Risco de Comportamento Autodestrutivo.

As dinâmicas desenvolviam-se na sala de atividades terapêuticas da unidade, onde o espaço para o encontro e toda a sua envolvência – *setting* terapêutico, privilegiou um espaço calmo, tranquilo e contentor, onde não houvesse interrupções e mantendo o distanciamento de forma a promover a segurança do grupo no âmbito da atual situação pandémica.

Recebi num primeiro momento, o grupo de adolescentes e os seus familiares/pessoas de referência, na chegada à unidade, mostrando disponibilidade, acolhendo-os na equipa e avaliando as suas interações, e num segundo momento acompanhei os adolescentes para a sala de atividades terapêuticas, onde se iriam realizar as dinâmicas de grupo.

Deram lugar, um conjunto de 6 sessões/dinâmicas, com duração de 90 minutos, realizadas às terças feiras, com os temas: “Expressando-me”; “Se eu fosse presidente...”; “Música, corpo e movimento”; “O nosso Stop”; “Como comunico online”; “Ouvir e escutar: o que sinto?”. Devo referir que apresento apenas as três primeiras dinâmicas (APÊNDICE II), devido à limitação organizacional e de paginação do presente trabalho, tendo sido todas elaboradas e avaliadas em estágio.

Todos os trabalhos realizados pelos adolescentes, foram autorizados por estes a serem fotografados e publicados. Salguei, nos momentos de partilha em grupo, aspetos

¹⁴ **Unidade de competência F4.1** – Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental; **Unidade de competência F4.2** – Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação; **Unidade de competência F4.3** – Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.

partilhados pelos adolescentes, que necessitaram ser mediados, uma vez que poderiam potencializar a sua vulnerabilidade.¹⁵¹⁶

A intervenção psicoterapêutica em grupo, teve como recurso diversos mediadores expressivos, expressão plástica, expressão dramática, sociogramas, onde a música esteve sempre presente, e se mostrou ser uma mais valia tanto intervenção como na contínua construção da relação com os adolescentes. Constatei que as atividades musicais desenvolvidas estimularam e promoveram: a expressão de emoções e sentimentos; a criatividade e o despertar da afetividade; a compreensão da subjetividade de cada adolescente ao reencontrar-se com a sua própria história, possibilitando um espaço para o diálogo sobre a música, o que ela representou para cada um; as interações entre os elementos do grupo, desenvolveram competências sociais e facilitaram o estabelecimento de novos vínculos e a coesão grupal. A música mostrou ser intermediadora das relações desenvolvidas no *setting* terapêutico, facilitando por meio da consciencialização de si e do outro, ampliar conhecimentos, capacidades pessoais e sociais e o estabelecimento de novos vínculos.

Foram vários momentos chave, onde intencionalmente mobilizei a música nas diversas dinâmicas de grupo e onde a mesma demonstrou ser transformadora, tanto individualmente como em grupo, espelhando ganhos em saúde. Enquanto terapeuta e co terapeuta das dinâmicas desenvolvidas, promovi e incentivei à partilha de experiências, sentimentos, ideias no grupo, tendo em vista a descoberta e aprendizagem mútua, a interação social, promovendo a autoestima e o estabelecimento de relações de suporte (Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut, 2018; Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut, 2020; Amaral, 2020). Assim, numa constante prática reflexiva, ancorada à evidência científica de várias escolas do saber – abordagem integrativa, realizei vários jornais de aprendizagem (APÊNDICE III).

Inicialmente os adolescentes ofereciam resistência em participar, no entanto o grupo caminhou numa sinergia própria, na qual fui respeitando os ritmos de cada um e adaptando-me neste processo transferencial da relação. Nesta sinergia de grupo, também eu inicialmente me sentia um pouco ansiosa e inquieta, mas, gradualmente fui descentrando-me de mim mesma, e focando-me nos adolescentes, desenvolvendo a minha comunicação, observação e avaliação das suas necessidades e do que emergia ao longo das dinâmicas, promovendo e gerindo o ambiente terapêutico. Na minha perspetiva, o que facilita a verbalização e permite que o adolescente partilhe as vivências do seu mundo externo e interno, é a sintonia afetiva que se vai construindo – relação terapêutica. Acredito por sua vez, que alguns destes adolescentes, poucas

¹⁵ **Competência A1**- Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

¹⁶ **Competência A2**- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

vezes, ou, mesmo pela primeira vez, vivenciam experiências relacionais positivas, onde foram entendidos no seu todo e no seu mundo.

Durante as dinâmicas e na avaliação das mesmas, emergiram partilhas muito ricas e narrativas que espelham resultados muito positivos da intervenção, dos quais destaco: “Gostei muito desta atividade, ajudou-me a esquecer os problemas e a concentrar-me no que gosto de fazer.”sic; “Fez-me bem vir aqui hoje, até me esqueci dos testes da escola e dos stresses de casa” sic; “Até curti, gostei de ouvir a minha música!”sic; “bem-estar, fez-me bem falar de coisas que me fazem sofrer, preciso de ser ouvida. Ouvir a minha música ajudou-me, senti-me valorizada!”sic; “gostei muito de hoje, senti calma e tranquilidade quando ouvi a música e dancei. Também consegui falar de mim e de coisas que me deixam triste, havia coisas que nunca tinha contado a ninguém.”sic; “percebi que posso utilizar várias maneiras que me ajudam a controlar, por exemplo ouvir músicas que gosto e até me ajudam!”sic; “hoje consegui dizer o que sinto e até me sinto melhor do que quando aqui cheguei!”sic

Aliada à intervenção em grupo, implementei intervenções psicoeducativas de modo a promover o conhecimento, compreensão e gestão de problemas, educando e ajudando os adolescentes do grupo, promovendo transições mais saudáveis.

4.1.3 Participação e intervenção em Programas de Promoção de Competências Parentais – *Anos Incríveis* e *Mais Família Mais Jovem*

A intervenção familiar é predominantemente no desenvolvimento de competências parentais, associados aos papéis conjugais e parentais, criando-se em simultâneo uma intervenção individual com a criança e adolescente. Neste sentido, tive oportunidade de poder participar no programa estruturado *Anos Incríveis*, dirigido ao grupo de pais de crianças dos 3 aos 8 anos de idade, dinamizado pela EE e Terapeuta Ocupacional, ambas com formação no programa manualizado. Em inglês “Incredible Years”, são um conjunto de programas bimodais, desenvolvidos por Carolyn Webster-Stratton, com objetivos na prevenção e tratamento de problemas de comportamento e na promoção de competências emocionais e sociais, reforçando por sua vez a relação positiva entre o adulto e a criança (Webster-Stratton, 2016; Gaspar, Seabra Santos, Azevedo & Homem, 2019).

O grupo era constituído por 4 elementos, ambos os progenitores/elementos de referência para a criança. Utilizou-se o recurso a metodologias ativas e dinâmicas de grupo, como: a visualização de vídeos, onde eram retratadas interações reais entre pais e crianças, com a intencionalidade e o objetivo de suscitar a discussão em grupo, refletindo sobre as questões da parentalidade, promover a autoreflexão e a resolução de problemas; dramatização, role-play,

duetos e chuva de ideias. A relação através do brincar e atenção positiva, as rotinas, os elogios/recompensas e o ignorar, foram as sessões em que participei, e que me ajudaram a perceber os desafios e a importância da intervenção do enfermeiro na família. Esta, transfere para os pais grandes vantagens, nomeadamente facilita o papel parental, diminuição de sentimentos de culpa, incapacidade e impotência, e para a criança/adolescente, a afetividade e a segurança transmitidas pela envolvimento/presença da família (Monteiro & Cerqueira, 2020). Os evidentes ganhos em saúde, refletem-se nas narrativas e feedbacks positivos dos pais, e dos quais destaco: “esta a ter um grande impacto na nossa família, melhorou muito a relação com o meu filho, antes não sabia como lidar com as birras, sentia-me culpada e punha muitas vezes em causa se estaria a ser uma boa mãe!”sic; “ele está mais calmo, eu também me sinto mais confiante, pois não estou sozinho, outros pais também estão a passar pelo mesmo, seria tão bom que outros pais tivessem esta ajuda!”sic.

O *Mais Família Mais Jovem*, foi o programa estruturado ao qual dediquei mais tempo, uma vez que ia ao encontro com a população em estudo: adolescente em sofrimento mental. É um programa adaptado para a população portuguesa, de autoria da Professora Doutora Maria Filomena Gaspar, criado a partir dos programas baseados na evidência - *Anos Incríveis* e *Parenting Wisely*.

Este programa de competências parentais, está imbuído numa filosofia de base sistémica, valorizando o contributo dos pais, dos jovens e contexto onde estão inseridos. Desenvolve-se ao longo de 12 sessões, é dirigido a pais/pessoa de referência de jovens dos 10 aos 18 anos e os objetivos terapêuticos prendem-se com: promover competências parentais positivas; melhorar a qualidade das relações entre pais e filhos; restabelecer o afeto, autoridade, regras e limites; desenvolver estratégias para lidar com o comportamento dos filhos em diversos contextos. Deste modo, participei no grupo terapêutico, co dinamizado pela EE e Assistente Social, ambas com formação específica, que contou com a presença de 3 mães de adolescentes (idades compreendidas dos 14 aos 16 anos).

É utilizada uma metodologia semelhante à do programa *Anos Incríveis*: visualização de interações reais entre pais e adolescentes, e posterior discussão/reflexão em grupo de forma a promover a autoreflexão e a resolução de problemas; dramatização, role-play e duetos.

As primeiras sessões prenderam-se com “as razões do mau comportamento”, onde os pais refletiram acerca do motivo do comportamento dos seus filhos, da própria natureza transicional do comportamento da criança para adolescente, partilhando sentimentos e expressando as suas dificuldades. As principais preocupações verbalizadas por estes foram: culpa pelo comportamento disruptivo do adolescente; perda de autoridade; conflitos e falta de

diálogo; desesperança face à mudança de comportamento; incompreensão das dificuldades e do sofrimento mental que o filho adolescente vive.

Neste sentido, indo ao encontro das necessidades que emergiram do grupo, seguiu-se um conjunto de intervenções organizadas em sessões semanais, onde numa primeira fase, o objetivo terapêutico prendeu-se com o restabelecer a relação entre pais e filhos, e numa segunda fase, restabelecer a autoridade. As várias temáticas abordadas, em torno dos desafios da parentalidade, tiveram foco: na atenção positiva; os elogios e recompensas concretas; ignorar; regras claras e limites; escuta ativa e mensagens eu; resolução de conflitos em situações desafiantes, que viriam a dar resposta às necessidades levantadas do grupo de pais.

No final de cada sessão, procedeu-se à avaliação da mesma, através da distribuição do questionário do programa, onde destaco algumas narrativas chave dos elementos do grupo, que evidenciam a eficácia/ganhos da intervenção: “tomei consciência que não sou eu a única a viver a crise dos nossos filhos, isso por um lado tranquiliza-me e faz-me sentir menos culpada... partilhamos estratégias” sic; “estou a conseguir mudar muitas coisas, até eu própria já mudei, e mesmo nas relações do dia a dia com os outros!” sic; “sinto-me mais compreendida e ouvida por vocês, o que não acontece por vezes na escola ou mesmo na família, é mais fácil criticar e dizer que não somos capazes de dar educação aos nossos filhos!” sic; “estou mais próxima da minha filha, conseguimos ter um diálogo e diminuíram os conflitos!” sic.

O contexto atual de pandemia, foi sem dúvida um desafio incrível às nossas competências readaptativas e reorganizativas, no que diz respeito à atividade assistencial presencial, consultas e grupos terapêuticos. Embora sendo adotadas todas as medidas e procedimentos segundo as orientações da Coordenação de Saúde Mental da RSLVT e Norma de Saúde Mental da DGS, uma das principais dificuldades sentidas, diz respeito à adesão e manutenção do grupo, pelos crescentes constrangimentos pessoais e/ou laborais dos pais/pessoas de referência de adolescentes em sofrimento mental. Neste sentido realço o exemplar trabalho de toda a equipa em contrariar esta tendência diária, por vezes frustrante.

Toda a minha intervenção nestes grupos terapêuticos, procurou desenvolver e amplificar a dimensão mais saudável do adolescente e sua família, através da valorização constante dos seus recursos e potencialidades. Ao deparar-me com pais a vivenciarem momentos de enorme sofrimento, com sentimentos de impotência e culpabilidade, com dificuldade de aceitação da doença e das propostas terapêuticas, escutei e acolhi receios, medos e dúvidas, encorajei e ofereci esperança na mudança, avaliei e identifiquei necessidades e intervi junto da família, favorecendo processos de transição mais saudáveis.

4.2 O Internamento

As atividades realizadas ao longo desta segunda fase de estágio, dedicada ao contexto de internamento, foram desenvolvidas na UIPIA, na qual também tive oportunidade de observar o trabalho desenvolvido pelos EESMP na urgência de pedopsiquiatria e numa unidade dedicada à Adolescência, pertencente ao organograma do Serviço.

O EESMP acolhe a criança/adolescente e sua família/pessoa de referência na unidade de internamento, podendo esta vir referenciada pelo médico assistente (consulta externa-internamento programado), ou pela urgência pedopsiquiátrica. É neste primeiro contacto com a criança/adolescente e família, momento fundamental para avaliação, colheita de informação e estabelecer relação, que tive oportunidade de: realizar entrevista inicial, obtendo dados acerca da história de saúde da criança/adolescente, executando uma avaliação global destes; avaliar o estado mental; avaliar necessidades e levantar os diagnósticos de enfermagem sensíveis à prática especializada e a avaliação de risco clínico.¹⁷¹⁸ Compreendi a criança/adolescente e família na sua globalidade, mobilizando-me enquanto instrumento terapêutico de forma adequada e eficiente, indo ao encontro das suas necessidades e sensível ao sofrimento expresso, associado à transição de saúde-doença, situacional e desenvolvimental que vivencia, e que a coloca num contexto de vulnerabilidade acrescida.

Seguindo as etapas do processo de enfermagem e algoritmo de atuação do EESMP, recentemente publicado no *Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave* (Ordem dos Enfermeiros, 2021b), realizei o levantamento dos diagnósticos de enfermagem (ICN, 2017), onde destaco maioritariamente: Sofrimento (mental); Interação social comprometida; Autocontrole Comprometido; *Coping* Comprometido; Comportamento autodestrutivo; Risco de Comportamento Autodestrutivo; Risco de Tentativa de Suicídio; Comportamento Agressivo; Autoimagem comprometida. O fator de risco clínico mais levantado é a auto-agressividade, apresentando-se como uma forma de expressão de sofrimento mental da criança/adolescente.

Posteriormente, são atribuídos a cada criança/adolescente, dois enfermeiros e um médico de referência, que em equipa, definem e estruturam o projeto terapêutico

¹⁷ **Unidade de Competência F.2.1-** Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.; **Unidade de Competência F.2.2-** Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.

¹⁸ **Unidade de Competência F3.1-** Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.; **Unidade de Competência F 3.2 -** Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.

individualizado. Em reunião multidisciplinar, este é avaliado e se necessário reformulado, promovendo a sua continuidade até ao momento da alta.

Dentro das responsabilidades do meu papel, participei de forma ativa em processos de tomada de decisão, norteados pela ética, deontologia, baseada nos meus conhecimentos e experiência profissional, intervindo e discutindo projetos/atividades terapêuticas, com a equipa, com os jovens e suas famílias, materializado num continuum de construção da relação.¹⁹ Foi neste sentido que organizei, planifiquei e desenvolvi em parceria com enfermeiros de Referência, projetos terapêuticos e planos de cuidados individualizados às crianças/adolescentes internados, articulando com médico de referência e restante equipa.²⁰

Ao longo do estágio, em parceria com EESMP, acompanhei e assumi ser enfermeira de referência de uma adolescente que se apresentava em sofrimento mental, consequente de respostas desadaptativas às diferentes transições que se encontrava a viver.²¹ A complexidade que lhe está inerente, o desafio constante na construção da relação terapêutica, a multidisciplinaridade da abordagem e intervenção multimodal, foram critérios para realizar o estudo de caso de Ana (nome fictício) e sua família (APÊNDICE IV), de onde acrescentaram saber e me deram oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento de competências. A partilha do projeto terapêutico com recurso à música, com EESMP da unidade de Adolescentes e o breve acompanhamento na transição de Ana para esta unidade, promoveram nesta intervenção, continuidade de cuidados.

Transversal a todas as outras competências desenvolvidas, a primeira que postula que o EESMP “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto), é por si só a base e a égide para o desenvolvimento de todas as outras que se seguem. Por conseguinte, foi sem dúvida a competência em que mais reflexividade e tempo dediquei, mergulhando em mim mesma, tomando consciência e “dando-me conta” na relação com o outro, atenta a fenómenos transferenciais e contra-transferenciais, refletindo sobre os mesmo e de como estes podem

¹⁹ **Competência A1**- Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

²⁰ **Competência C1**- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

²¹ **Unidade de competência F3.5** – Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde. **Critério de avaliação F3.5.1**- Desempenha as funções de terapeuta de referência e pode coordenar programas de gestão dos casos, no âmbito dos programas integrados de apoio específico às pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada, e suas famílias.

interferir/influenciar a interação e a relação terapêutica.²² Neste sentido, o desafio constante vivenciado no *continuum* de construção de relação terapêutica com a Ana e sua família, através de entrevistas formais, informais, momentos individuais e de contexto de grupo terapêutico, levaram-me a constantes momentos reflexivos/jornais de aprendizagem (APÊNDICE V).

A análise reflexiva, de fenômenos de transferência e contratransferência que emergiram de momentos individuais com a Ana, permitiu-me conscientizar, dar significado à vivência e traduzi-la num movimento integrado de otimização da intervenção. Se por um lado, numa fase inicial, transportava para a relação as minhas expectativas, focada no resultado e eficácia demonstrável, agora consigo olhar para a interação e para o encontro com o outro, como uma oportunidade, tal como ele é – único. Esta expectativa que colocava no outro, levava-me à frustração, e poderia deturpar o estabelecimento da relação terapêutica. Esta expectativa, colocava-nos na posição de esperar algo do outro e também de nós mesmos. Questionava-me várias vezes, terei eu a cair no risco de tentar transformar o outro naquilo que eu pretendo que ele se transforme? Foi com a necessária reflexividade, que me permiti sair das minhas crenças, simbolicamente vividas por baixo do meu “escafandro”, que dizem respeito só a nossa realidade, e assim me permiti a olhar e apropriar da realidade do outro, ajudando-o a realizar-se enquanto Ser Humano, com as suas potencialidades.

Se o enfermeiro é instrumento na relação terapêutica, para poder assistir a pessoa /família/comunidade ao longo do ciclo de vida, na otimização da sua saúde mental, é fundamental conhecer-se a si mesmo, reconhecer as suas competências e limites, no seu papel e na equipa.²³

Essencial também a este “*dar conta de mim*” na relação terapêutica, o diálogo contínuo com orientadores e outros elementos da equipa, mostraram ser essenciais para a reflexividade na minha prática, modificando, adaptando, formalizando e conceptualizando-a, numa constante evolução. Mantive junto à mesma uma atitude disponível, proativa e resiliente, demonstrando capacidade de autocritica face à critica construtiva. Procurei aferir a minha prática de cuidados,

²² **Critérios de Avaliação F1.1.1-** 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. **Critérios de Avaliação F1.1.2-** Gere os fenômenos de transferência e contra-transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica; **Critérios de Avaliação F1.1.3-** Mantém o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico; **Critérios de Avaliação F1.1.4-** Monitoriza as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica.

²³ **Competência D1-** Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

alicerçada na evidencia científica mais robusta e recente, participando em alguns eventos online – Webinars²⁴, que versaram temas pertinentes ao contexto e vivencia atual de prática clínica.²⁵

Mobilizando conhecimentos teórico-práticos de elaboração do processo de enfermagem, executei uma avaliação global de Ana e sua família, que me permitiu uma descrição clara da sua história de saúde, com ênfase à história do estado mental, identificando necessidades, nomeadamente nos simultâneos processos de transição vividos.²⁶ Ancorada à praxis de cuidados e pensamento de enfermagem, onde concorrem os referenciais teóricos de Phaneuf e Chalifour, assente na teoria das Transições de Afaf Meleis, mobilizei o meu cuidar, tendo em conta as características e singularidades de Ana e família, compreendendo a essência da vivencia/transição, analisando potencialidades e delineando estratégias que favorecessem processos de transição mais saudáveis, melhorando a sua qualidade de vida (Meleis, 2010).

Desenvolvi e implementei planos de cuidados individualizados em saúde mental a Ana e sua família, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados, implementando estratégias terapêuticas que reduzam o sofrimento psíquico e ajudem Ana e família nos processos de transição, avaliando por fim o resultado das mesmas.²⁷ De igual modo, avaliei o risco, levantei necessidades, diagnósticos de enfermagem e elaborei planos de intervenção em parceria com EESMP, médico de referência, psicomotricista e terapeuta ocupacional, a vários adolescentes internados.

Os planos de cuidados individualizados, atentam assegurar transições mais saudáveis, procurando criar condições facilitadoras para os jovens, promovendo os seus fatores protetores, reconhecendo os fatores precipitantes e predisponentes de perturbação mental. A informação/avaliação agregada ao plano individual de intervenção de cada a adolescente, foi recolhida através da análise de registos de momentos individuais, de grupo terapêutico, da observação e dos registos de internamento do serviço.

²⁴ Ciclo de Webinars do projeto “Fundamental”, organizado pelo Departamento de Saúde Mental e Hot Topics, dinamizado pela Associação Nacional de Internos de Psiquiatria da Infância e Adolescência: *Desenvolvimento Psicoafetivo e Sinais de Alarme na Saúde Mental das Crianças e Adolescentes* (Goldschmidt, Queirós & Heitor, 2021); *Questões de Género e Orientação Sexual na Infância e Adolescência* (Beato & Almeida, 2021); *Perturbação do Comportamento Alimentar: da Infância e Adolescência à Idade Adulta* (Nunes, 2021).

²⁵ **Competência D2**- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

²⁶ **Unidade de competência F2.1**- Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente; **Unidade de competência F2.2**- Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.

²⁷ **Unidade de competência F3.1**- Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade; **Unidade de competência F3.2**- Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental; **Unidade de competência F3.3**- Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade. **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.

Planeiei e desenvolvi intervenções individuais com vários jovens internados, em contexto individual de relação de ajuda e em contexto grupal, no entanto das necessidades dos jovens e da gestão do ambiente terapêutico²⁸, emergiam atividades terapêuticas não estruturadas, como é o exemplo das atividades na sala de convívio: jogo de cartas ou outros jogos de tabuleiro, fazer pulseiras, pintar mandalas, ouvir música, entre outros.

Em momentos de grupo terapêutico ou em atividades terapêuticas não estruturadas, presenciei momentos em que os jovens partilhavam aspetos da sua vida que poderiam potenciar a sua vulnerabilidade, e foi neste sentido, salvaguardando-os²⁹, que tive de gerir e intervir junto do grupo: colocando limites; refletindo e ajudando os jovens a desenvolver esta sensibilidade do que público/privado; ajudando a construir o significado de grupo; promovendo momentos individuais, onde o jovem se pôde expressar, sentir e dar significado.

Em parceria, integrei o grupo terapêutico Dança e Movimento, dinamizado em co-terapia por dois EESMP, todas as terças feiras, onde consegui mobilizar a música no cuidado aos adolescentes internados, aleada aos benefícios da dança/movimento terapia. A dança, como intervenção terapêutica, facilita a expressão de emoções/sentimentos através do movimento, permite o acesso ao simbólico, facilitando o acesso ao mundo interior do adolescente, aumentando o conhecimento e consciência do corpo, de si e do outro, de forma a este poder mobilizar os seus recursos internos. Da mesma forma, esta abordagem terapêutica promove a criatividade, espontaneidade, facilita a interação com o outro e possibilita o acesso a vivências gratificantes e prazerosas, que muitas vezes estão diminuídas em proporção à intensidade do sofrimento experienciado pelos adolescentes internados. Segundo Pereira (2011), a oportunidade de poder vivenciar estes momentos, poderá “...melhorar o estado de humor, fomentar mudanças positivas e aumentar a esperança, reconfigurando novas formas de experienciar o sofrimento mental.” (p.18)

Desta forma, participei na estruturação, planificação e desenvolvimento de várias sessões de dança e movimento, inspiradas no modelo de Gabriel Roth *5Rhythms dance*³⁰ – “Dançar a Máscara”, “Dançar a Coragem”; “Dançar o Crescer” e “Dançar a autoestima”, definindo a intencionalidade e os objetivos terapêuticos, de acordo com as necessidades do

²⁸ **Competência B3**- Garante um ambiente terapêutico e seguro.

²⁹ **Competência A2** – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

³⁰ Desenvolvido pela bailarina Gabrielle Roth, o modelo de organização sequencial, permite fazer emergir e apaziguar simbolicamente as emoções. Os cinco ritmos: *flowing*, *stacatto*, *chaos*, *lyrical* e *stillness*, trabalhados numa sequência lógica, permitem colocar o corpo em sintonia com a mente, fazendo emergir gestos e movimentos relacionados com os sentimentos/emoções vividas no *aqui e agora*. Assim, o corpo, entregue à música e guiado pelos EESMP que dinamizam a sessão, deixa emergir emoções internas, que são aqui trabalhadas. (Pereira, 2011)

grupo, participando assim na melhoria contínua dos cuidados. Construí e dinamizei³¹ a sessão de dança e movimento “*Dançar a autoconfiança*” (APÊNDICE VI), onde participaram 7 adolescentes internados, com idades compreendidas entre os 13 e os 16 anos de idade. As necessidades e os diagnósticos de enfermagem comuns a estes adolescentes, prendem-se essencialmente com: Sofrimento (mental); Interação social comprometida e Baixa autoestima.

O grupo de adolescentes, face ao estímulo final de como foi “dançar a autoconfiança”, manifestaram nas suas narrativas, por um lado sentimentos de “bem-estar” sic, “libertador, senti liberdade ao dançar, a música ajudou-me pensar que não estou doente” sic, “senti que sou capaz, devo acreditar mais em mim” sic, por outro, “não foi fácil dançar a autoconfiança!” sic.

Integrada neste grupo terapêutico, disponibilizei-me em organizar dossier do grupo da dança e movimento com os EESMP dinamizadores.³²

4.2.1 A música como cuidado junto do Adolescente em Sofrimento Mental

Desenvolvi várias atividades terapêuticas individuais e em grupo, fundamentadas e estruturadas, com recurso a mediadores expressivos, nomeadamente a música, que contribuíram para uma melhoria contínua dos cuidados.

Por sua vez, em vários momentos de cuidados, de mediação de ambiente terapêutico, emergiu da espontaneidade e sempre com intencionalidade terapêutica, atividades não estruturadas ao encontro das necessidades dos jovens, no *aqui e agora*. Destaco apenas alguns momentos individuais de cuidados, por exemplo, o caso de alguns adolescentes internados, com perturbação do espectro do autismo, que se encontravam inquietos, agitados e alguns com agressividade dirigida a objetos, em que fui capaz de promover um ambiente contendor e terapêutico, favorável à alteração do seu comportamento. Em relação dual, a música era assim mobilizada por mim, intervindo ao nível da escuta musical, potenciando a modificação do comportamento, ativação multissensorial, a expressão, comunicação, interação com o outro e com o meio. Ao integrar e avaliar as necessidades destes adolescentes, emergiu o meu recurso interno criativo e espontâneo, e em momentos de cuidado, tanto na alimentação, cuidados de higiene ou sono e repouso, entre outros, medie a relação através da música, o que se tornou facilitador e impactante na medida que se construía a relação terapêutica.

³¹ **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.

³² **Competência B1-** Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governamentação clínica; **Competência B2-** Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Por outro lado, desenvolvi processos individualizados de intervenção psicoterapêutica e psicoeducativa com vários adolescentes internados com recurso à música, numa grande maioria com adolescentes com ideação suicida e comportamentos autolesivos. Neste sentido, acredito que ao promover estes momentos individuais, contribui para dar significado ao seu sofrimento e aos sentimentos de desesperança vividos e expressados por estes. Desta forma, validei o que sentiam, ajudando-os por sua vez a encontrar estratégias de *coping* mais eficazes e adaptativas, facilitando assim a transição.

Em momentos de grupo, em sala de convívio, de multimédia ou no refeitório, desenvolvi inúmeras atividades não estruturadas e adaptadas às necessidades avaliadas no momento de cuidados. Por exemplo, no refeitório, desenvolvi atividades onde simbolicamente desempenhava o papel de locutora de rádio, criando os “discos pedidos” pelos jovens, onde cada um escolhia a música que iria tocar. Os momentos das refeições, por vezes são momentos de grande tensão e angústia, vivido pelos adolescentes com perturbação do comportamento alimentar, e neste sentido a minha intervenção junto destes, mobilizando a música, teve feedbacks muito positivos, dos quais recordo: “podemos ouvir a música que gostamos ou que para nós foi importante em determinado momento da nossa vida, faz-nos acreditar e dá-nos mais força para conseguir ultrapassar isto!”sic, “o refeitório até podia ter música ambiente, acho que ajudava a relaxar!”sic, “poder escolher a minha música, e ouvir a dos outros ajudou a conhece-los melhor e descobri que temos gostos parecidos, faz sentir que não estamos sozinhos!”sic, “ajuda-me a não pensar que estou aqui internada, fico mais calma!”sic.

Tive oportunidade de levar a minha viola, tocar e cantar com os adolescentes internados, explorando os seus gostos musicais e a importância da música na sua vida. Com o propósito de conhecer o grupo de adolescentes, após consentimento e autorização, distribui um questionário musical (APÊNDICE VII) a todos os adolescentes internados, garantindo o anonimato e confidencialidade do mesmo.

A totalidade dos adolescentes internados referiu que todos os dias ouve música, e que esta é muito importante na sua vida, “é a forma de me expressar e que me inspira” sic, “é um suporte de vida, não é importante, é necessária, ajuda-me a sentir-me mais eu, define-me como pessoa!”sic, “ouvira a minha playlist todos os dias e ficava menos ansiosa!”sic, “forma de me lembrar de pessoas, e disfrutar a minha alegria outras vezes tristeza”sic, “o meu porto seguro” sic, “não imagino a vida sem música” sic, “ajuda a abstrair de quase tudo.”sic, “inspira-me, permite-me expressar, ajuda-me a ficar serena e a não pensar nas coisas negativas” sic.

Por sua vez, todos os adolescentes referem ouvir música com intuito de influenciar o seu modo de estar, no entanto existe uma associação entre as escutas musicais e a emoção sentida no momento, ou seja quando os adolescentes se sentem tristes, uma grande maioria

refere que procura músicas “tristes”: “oiço musica triste quando sinto que preciso do meu tempo de choro, quando não, oiço música alegre para me sentir melhor” sic, “oiço música ainda mais triste que me faz chorar e acaba por em acalmar e libertar, como se chorar deixasse de ser proibido.”sic, “músicas com letras negativas, por vezes influencia, estar mais triste.”sic, “quando estou triste confesso que gosto mais de ouvir música triste e deprimente. Influencia a um estado de espírito mais triste, mas para mim depois de as ouvir fico mais aliviada.”sic, “música triste, porque penso que gosto de estar a sentir o mesmo que a música.”sic, “música triste, fico mais calma e aceito a minha tristeza.” sic.

Quando questionado que tipo de música os adolescentes ouvem que os faz sentir bem, muitos referem músicas com “mensagens positivas” sic, “letras positivas” sic, “animadas” sic, “motivadora e esperançosa. ”sic.

Ao encontro com o explanado na literatura, para muitos autores, a música detém um grande impacto emocional, sendo por ele utilizada como meio de expressão, tornando-se parte da sua identidade e para alívio do seu sofrimento. Os adolescentes identificam-se com as mensagens, letras da canção e até mesmo com o estilo de vida dos próprios artistas. A música é considerada “marca” de pertença a um grupo, e por sua vez, poderá ser um excelente preditor de comportamentos de risco ou protetores (Matos, 2020).

Neste sentido, conhecendo o grupo de adolescentes internados, os seus gostos e necessidades, e a importância que a música tem na sua vida, realizei o programa psicoterapêutico: *Uma música no cuidar*, de forma a poder trabalhar as potencialidades destes adolescentes, utilizando a música como recurso.

4.2.2 Intervenção em Grupo Terapêutico: *Uma música no Cuidar*

“*Uma música no cuidar*” (APÊNDICE VIII), foi desenhado, tendo em conta as premissas e os pressupostos da intervenção psicoterapêutica (Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut, 2018; Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut, 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2021b) para o grupo de adolescentes internados, indo ao encontro das suas necessidades.³³ Pelas características do próprio contexto de internamento, o grupo terapêutico detém características de grupo aberto. Foram incluídos todos os adolescentes internados, dos 13 aos 16 anos de idade, com interesse e motivação para participar no programa de intervenção. Os critérios de exclusão definidos são:

³³ **Unidade de competência F4.1-** Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino de saúde mental; **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; **Unidade de competência F4.3-** Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.

psicose ativa, ideação suicida e comportamentos autolesivos ativos, critérios clínicos que não permitam a participação ou recusa do adolescente. Foi pedida autorização a cada adolescente, para fotografar e divulgar as suas produções e narrativas, e de forma a manter o seu anonimato, adoto a terminologia da letra “A” (Adolescente), referindo-me a cada elemento.

Os objetivos gerais do programa são: promover um espaço de expressão de sentimentos e emoções; promover a interação grupal, estimular a criatividade, a capacidade cognitiva e sensorial e permitir a vivência do *aqui e agora*. Neste sentido, demonstrando os benefícios da música no cuidar de adolescentes em sofrimento mental e indo ao encontro das competências do EESMP, estruturei, desenvolvi e dinamizei em co-terapia com EESMP, um conjunto de 3 sessões, onde cada uma delas, compreende um conjunto de objetivos terapêuticos, que foram emergindo das necessidades levantadas do grupo. Como diagnósticos de enfermagem comuns levantados ao grupo de adolescentes, destaco: Sofrimento (mental); Interação social comprometida e Baixa autoestima.

As 3 sessões, “*Rumo à descoberta*”, “*O que sinto quando oiço?*” e “*Kit de esperança musical*”, foram dinamizadas no ginásio do internamento, tiveram duração de 60 minutos e foram realizadas nos tempos e dias planeados com equipa de enfermagem e orientadora, respeitantes da organização das restantes atividades terapêuticas existentes no serviço.

No final de cada sessão, sentados num círculo, promovi um espaço aberto para discussão e partilha, onde encorajei a colaboração dos adolescentes a partilharem sentimentos, emoções, reflexões e outros aspetos notórios e marcantes durante a realização da atividade. Posteriormente, distribuí um questionário de avaliação da mesma, com 3 perguntas abertas (APÊNDICE IX), onde de forma anónima e individual, os elementos foram encorajados a preencher, de forma a avaliar a sua satisfação, o que sentiram ao realizar a atividade, se esta foi útil e como os ajudou ou poderá vir a ajudar. De realçar, que do emergente grupal e da intervenção no *aqui e agora*, emergiram também necessidades individuais, que numa dialética se influenciaram mutuamente, dado origem à *posteriori* a intervenções individualizadas.

A avaliação do programa de intervenção, teve por base todos os momentos de apreciação, observação e avaliação subjetiva dos adolescentes, das suas narrativas e *feedbacks*, registadas em notas de campo, e que por sua vez refletiam a evolução dos mesmos. Estas poderão ser observadas nos insights finais dos adolescentes de cada sessão (APÊNDICE VIII).

Sendo que o programa tem inerente a premissa de que o enfermeiro trabalha em parceria com a pessoa necessitada de ajuda, neste caso com o adolescente em sofrimento mental, desenvolvendo mecanismos para o ajudar a perceber os seus estados emocionais, com o intuito de alcançar tranquilidade e bem-estar (Diogo, 2009), a música constituiu-se como ferramenta terapêutica, mobilizada por mim neste processo de desenvolvimento profissional.

Através das narrativas dos adolescentes foi possível inferir que a maioria dos participantes se mostrou satisfeito em mobilizar mediadores expressivos como o desenho, pintura e a música, nas diferentes atividades. A música sendo aceita e apreciada pelos adolescentes, promove um ambiente terapêutico e motiva os mesmos para resultados positivos (Nascimento et. al, 2018, apoiando-se em SILVA et al.2013; AVELINO et al., 2014). Da análise das diferentes narrativas, verificou-se que o uso da música pelo EESMP promoveu a expressão individual, nomeadamente de sentimentos e emoções, despoletou a percepção de si mesmo e dos outros, entre os pares, melhorando a interação social (Almeida & Silva, 2013; Batista & Ribeiro, 2016; Sakka & Juslin, 2017; Hense, 2019; Chadder, 2019; Stewart, J. et al, 2019; Amaral, 2020). Os adolescentes também identificaram os benefícios da música, na busca do seu bem-estar. Todos estes dados vieram ao encontro com o explanado por vários autores, que transferem todo um potencial à música, no cuidado aos adolescentes em sofrimento mental.

Face à expressão de sentimentos e emoções, os adolescentes verbalizaram com frequência sentimentos de paz, calma, inspiração, liberdade, compreensão e inclusive empatia por outros elementos do grupo, após cada atividade. Enquanto EESMP perante a expressão positiva de sentimentos e emoções, guiei os diferentes adolescentes, através da relação terapêutica estabelecida, devolvendo a positividade inerente, canalizando a mesma, e trabalhando em parceria, para a regulação emocional de cada um. Considero, assim, a intervenção como “acto transformador de experiências emocionalmente perturbadoras em experiências gratificantes e com potencial de crescimento” (Diogo, 2009, p. 231)

Através da mediação relacional com os adolescentes durante o processo criativo, foi possível canalizar sentimentos e emoções, no processo de auto-descoberta e que os mesmos acessem à percepção de si mesmos (autoconhecimento) e da interação com os outros:

“...fiz-me pensar no que realmente sou e pensando nisso apercebi-me das coisas positivas que me compõem e aquilo que penso.” [A3]

“...ajudou-me a pensar como vou mudar a minha vida lá fora.” [A6]

“...consegui perceber melhor quem eu sou e ajudou-me a ver os aspetos positivos da minha vida.” [A8]

“...pensar muito sobre os meus lados positivos e abstrair-me dos pensamentos menos bons... ajudou a recordar muitos sons e músicas e também me ajudou a ver os meus pontos mais positivos” [A9]

“Quando estou com ideias negativas, vai ajudar a agarrar-me ao que me dá razão de viver.” [A12]

Refletindo sobre estas narrativas, é possível verificar que os adolescentes começam a ganhar consciência sobre as suas forças internas e potencialidades (vulgo coisas positivas) e a identificar a música como estratégia de mobilização das mesmas.

A intervenção em grupo, permitiu de igual forma a tomada de consciência sobre os outros e a identificação entre pares, promovendo empatia e a interação social:

“Ajudou-me a perceber que não estou sozinha, e a refletir com os outros.” [A4]

“... a partilha dos outros fez-me ver que não sou a única com dificuldades e as ajudas e suporte do resto do grupo motivou-me.” [A8]

“... ouvir as músicas preferidas dos outros e perceber que todos temos gostos diferentes.” [A4]

O grupo apropria um importante papel no desenvolvimento humano e neste caso, nos adolescentes, é promotor de mudança e favorecedor de *transição*, entre o *ser criança* e *ser adulto* (Antunes, 2018). São vários os autores que consideram de forma unanime, que o grupo é espaço terapêutico de aprendizagem, partilha e coesão, que influencia e modela a pessoa, da mesma forma que ele é por ela influenciado (Bloch, 1999; Yalom & Leszcz, 2005; Zimmerman, 2000). Os adolescentes que integraram o grupo vivenciaram interações muito positivas entre os pares, partilhando sentimentos e ideias, demonstrando aceitação e respeitar o espaço do outro, encorajando outros elementos a participar de forma mais ativa e até mesmo oferecendo esperança e suporte a alguns elementos do grupo, apoiando-se mutuamente. É evidente na 2ª Sessão *“O que sinto quando oiço?”*, após uma partilha ao grupo de A5, acerca do seu autorretrato, onde a jovem chorosa verbaliza como principais dificuldades, a aprovação dos outros em relação a si, comentários pejorativos e *bulling* na escola relativamente ao seu aspeto físico, onde o grupo foi capaz de ser contentor e de oferecer segurança e suporte à jovem. Neste sentido também a mediação das temáticas abordadas em grupo pelos jovens, foi gerida por mim, de forma a manter um ambiente seguro e terapêutico.

A aprendizagem interpessoal e o desenvolvimento de competências sociais, são resultado do vínculo terapêutico estabelecido entre adolescentes e terapeuta/coterapeuta, e das experiências positivas vividas no contexto grupal, resultado da eficácia da intervenção.

Pude comprovar que a música foi um instrumento terapêutico capaz de promover um ambiente tranquilo e promotor de expressão de sentimentos e emoções nos adolescentes:

“o que gostei foi a originalidade da forma de expressarmos...senti-me inspirada e entusiasmada.” [A2]

“gostei mais de ouvir as músicas e pensar nas memórias... senti nostalgias, tristeza, saudade e amor.” [A3]

“... a parte que mais gostei foi a parte dos instrumentos... senti-me calma/serena na grande maioria do tempo.”; “... mais animada que no início, alívio. Senti-me compreendida [A4]

“Deu para trazer animação ao grupo e risos, gostei mais de poder tocar nos instrumentos.” [A7]

“Eu senti-me calma e aceiteada”; “nostálgica e cheguei a emocionar-me com a partilha dos outros... ouvida” [A8]

“... abstrair-me dos pensamentos menos bons...senti-me aliviada, saí da atividade muito mais contente.” [A9]

Com estas narrativas, podemos verificar que de acordo com a unanimidade dos autores, a música permite que o adolescente expresse as suas emoções e sentimentos, a catarse de vivências e a regulação de estados emocionais (Sakka & Justin, 2017; Constantin & Dragulin, 2019; Stewart, et al. 2019; Matos, 2020). A confiança, a esperança e as forças interiores são também descritas como contributos do uso da música em contexto terapêutico (Batista & Ferreira, 2015), e que podemos apurar na verbalização dos adolescentes.

Muitos adolescentes referem encontrar na música uma potencial estratégia de *coping*, face a eventos de maior stress, procurando na mesma alívio para o seu sofrimento:

“... fez-me perceber que quando estou mal posso recorrer a um kit esperança.” [A2]

“... posso ter algo que me ajude nos piores momentos, a música para mim é melhor que um medicamento.” [A4]

“... ajudou-me no sentido em que nunca tinha pensado nas músicas que realmente me ajudavam.” [A8]

“...ajudou-me a perceber que me posso acalmar com música.” [A13]

Ao ajudar os adolescentes a tomar consciência da sua escolha/escuta musical e dos processos de autorregulação inerentes, foi possível identificar as escolhas que promovem experiências positivas e aquelas que possam intensificar processos negativos. Muitos adolescentes utilizam a música como estratégia para regular o seu humor, mas nem sempre com efeitos positivos e este varia consoante o nível de *insight* para a sua saúde mental correlacionada com as escolhas musicais. (Beck, Bar-uch, & Balter, 2004; Riggs, Grant, Perivolotis & Beck, 2012, citados por Garrido & Schubert, 2015).

O grupo assumiu-se como espaço terapêutico de partilha de sentimentos/emoções, promotores do desenvolvimento emocional e psíquico dos adolescentes. A interação com o outro e com os terapeutas, possibilitou dar voz e significado ao seu sofrimento, desenvolvendo competências sociais e aprendizagens interpessoais. Importa referir que no decorrer das dinâmicas, alguns adolescentes apresentaram resistências, que se manifestaram sob a forma de silêncio, oposição, postura de retirada, abandono, e que se presentearam como importantes desafios, potenciadores do meu desenvolvimento enquanto futura EESMP.

A intervenção desenvolvida, vem corroborar o uso da música como instrumento terapêutico na relação estabelecida com o outro, pelo EESMP (Batista & Ribeiro, 2016) e que este, enquanto dinamizador de um grupo, pode e deve realizar intervenções no âmbito psicoterapêutico, ao devolver aos diferentes elementos, os *insights* desenvolvidos na dinâmica grupal, revendo objetivos e discutindo resultados alcançados, promovendo o *feedback* de emoções e sentimentos. (Townsend, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo o caminho construído e descrito no presente relatório, se inscreve num processo *continuum* de aprendizagem e valorização, onde se reconhece o processo de aquisição de competências do EESMP e o culminar de desenvolvimento pessoal e crescimento profissional. Todo este processo não finda *aqui e agora*, acompanhar-me-á continuamente na minha prática de cuidados cada vez mais especializados, no meu ser, estar e fazer, com o outro e para o outro.

Ao longo de uma mão cheia de anos de trabalho no contexto de psiquiatria de adultos, emergiu intencionalmente este privilegiado contexto de prática de cuidados, a Psiquiatria da Infância e da Adolescência, até então desconhecido, levantando-se novos desafios que vieram complementar de uma forma muito peculiar e rica a minha experiência profissional, onde me entreguei denodadamente. Notoriamente, que os construtos e bagagem de formação na psiquiatria de adultos integraram um aspeto importante enquanto estudante da especialidade, no entanto chegar a esta nova realidade, como *iniciada* segundo Benner (2001), promoveu o desenvolvimento de competências, aprofundando conhecimentos da *praxis* ancorada às abordagens teóricas, alicerçada à *transição*, do adulto para a criança, adolescente e sua família.

Assim, desenvolvendo uma prática de cuidados mais especializada, procurei compreender o fenómeno de sofrimento mental no adolescente, alicerçada na teoria das transições de Afaf Meleis, sob a perspetiva de desenvolvimento e maximização das suas potencialidades e capacidades, mobilizando a música como cuidado, onde se conclui que esta é facilitadora da relação e expressão, reconhecida pelo adolescente como um *suporte de vida*, fundamental e necessária à mesma.

Os resultados obtidos das intervenções realizadas, tanto individuais como grupais, foram ao encontro com o explanado na literatura. A música ocupa um lugar privilegiado na vida do adolescente, onde detém um grande impacto emocional, sendo por ele utilizada como meio de expressão, tornando-se parte da sua identidade, meio de regulação de estados emocionais e conseqüente alívio do sofrimento mental.

É com esta compreensão singular, do marcante lugar que a música ocupa na vida do adolescente, que o EESMP faz uso de si mesmo como instrumento terapêutico e mobiliza este importante mediador expressivo junto de adolescentes em sofrimento mental, alcançando relevantes ganhos, ajudando-o na sua vivência (atribuindo significado ao seu sofrimento interno) e transição.

Decorrente destes meses de estágio e aferindo tudo o que está descrito neste relatório, de acordo com o proposto pela OE, no Regulamento de Competências Específicas do EESMP, posso concluir que desenvolvi de distintas intensidades e formas, as várias competências.

Todavia a primeira competência, foi aquela que mereceu destaque, pelas reflexões constantes, identificando as minhas fragilidades e receios, dando conta de mim mesmo, no meu ser e estar com o outro e para o outro, caminhando para a consolidação da minha identidade profissional.

As importantes limitações e constrangimentos com que me deparei, dizem respeito às divergências e singularidades do período pandêmico que atravessamos, e que inúmeras vezes nos fizeram refletir, ajustar e reinventar. Assim, houve necessidade de repensar em novas estratégias de intervenção, replaneando e reprogramando outras intervenções que dessem resposta aos objetivos traçados, seguindo as orientações emanadas.

Outro aspeto relevante e que devo considerar, prendeu-se com a escassez de estudos na temática desenvolvida a nível nacional. Nos últimos anos, é explanado na literatura, referente à população adolescente ao nível do nosso país, se encontre um número pouco expressivo de trabalhos, no entanto já se começa a encontrar mais investigação nesta área. Relativamente às técnicas expressivas, mais concretamente à música, a literatura encontrada é maioritariamente ao nível da psicologia e educação, sobretudo estudos internacionais. No que se refere à enfermagem, persiste uma carência de trabalhos desenvolvidos nesta área.

Tornando-se um constrangimento, mas por sua vez motivo do meu impulso, motivação e dedicação, por acreditar que esta temática merece maior atenção e clarividência por parte dos Enfermeiros, creio que poderá ser futuramente incentivo, a realização de novos estudos. Porém, acredito ter dado um importante contributo para uma maior e melhor compreensão do fenómeno de sofrimento e a utilização da música enquanto recurso terapêutico, na população estudada.

Os dados epidemiológicos e os mais recentes estudos desenvolvidos no decorrer da realidade pandémica, retratam dados preocupantes e que denotam que os adolescentes se encontram em situação de vulnerabilidade acrescida, podendo traduzir-se em sofrimento mental. Assim sendo, é a meu ver, urgente desenvolver estudos na população de crianças e adolescentes que favoreçam a implementação de intervenções especializadas, sensíveis e determinantes, parecendo claro e fulcral o desenvolvimento de uma intervenção precoce.

O percurso realizado, permite-me afirmar que o EESMP tem em suas mãos um valioso instrumento que lhe permite chegar ao adolescente em sofrimento mental, de forma a poder ajudá-lo. Assim, a conscientização da utilização da música como mediador expressivo, merece particular destaque, pelos importantes ganhos psicológicos/fisiológicos, custos muito baixos e ganhos em saúde claros (Areias, 2016; Chadder, 2019).

Por fim sublinho, que esta inefável vivência, se constituiu de forma pragmática, num período marcado de intensa aprendizagem, crescimento e reconhecimento, pela génese e valor, embebidos em cada momento de encontro como o outro...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. S. & Silva, M. R. (2013). Os efeitos das atividades musicais como modalidade alternativa de cuidado em saúde mental. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*. 2 (1), 13-20
<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/406/384>
- Almeida, C. (2019). *Narrativa de Vida: Intervenções de Âmbito Psicoterapêutico no Sofrimento Emocional*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32067/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20-%20Final.pdf>
- Albrecht, G., Veerman, J., Damen, H. & Kroes, G. (2001). The Child Behavior Checklist for Group Care Workers: A study Regarding the Factor Structure. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29 (1), 83-89. <https://core.ac.uk/download/pdf/15470977.pdf>
- Amaral, A. C. (2020). Um modelo de intervenção em grupo. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coords.), *Enfermagem de saúde mental: diagnósticos e intervenções*, (pp. 225-227). Lidel.
- Antunes, S. (2018). *Adolescência e Compromisso do Processo de Desenvolvimento: intervenções de enfermagem com recurso a técnicas expressivas*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24686/1/Adolesc%C3%A2ncia%20e%20Compromisso%20do%20Processo%20de%20Desenvolvimento%20-%20interven%C3%A7%C3%B5es%20de%20enfermagem%20com%20recurso%20a%20t%C3%A9cnicas%20expressivas_%20S%C3%B3nia%20Antunes_6680.pdf
- Areias, J. (2016). A música, a saúde e o bem estar. *Nascer e Crescer*, 25 (1), 7-10.
<https://doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v25.i1.8815>
- Azevedo, A. (2010). *Processo de transição do adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26622/2/Processo%20de%20transio%20do%20adolescente%20hospitalizado%20numa%20Unidade%20de%20Adolescentes.pdf>

- Batista, E. C. & Ferreira, D.F. (2015). A música como instrumento de reinserção social na saúde mental: um relato de experiência. *Revista Psicologia em Foco*. 7 (9), 67-79. <http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/1593/1940>
- Batista, N. S. & Ribeiro, M. C. (2016). O uso da música como recurso terapêutico. *Revista de terapia ocupacional da Universidade de São Paulo*. 27 (3), 336- 341. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i3p336-341>
- Beato, A. & Almeida, M. (2021, Maio). *Questões de Género e Orientação Sexual na Infância e Adolescência* [Webinar]. Associação Nacional de Internos de Psiquiatria da Infância e Adolescência. [Fundamental - Questões de Género e Orientação Sexual na Infância e Adolescência - Viral Agenda](#)
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.
- Bloch, S. (1999). *Uma introdução às psicoterapias*. Climepsi Editores.
- Bucho, J. L. C. (2011). *As Terapias Expressivas e o Barro: Veículo de Auto-conhecimento, Criatividade e Expressão* [Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. [Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa: As terapias expressivas e o barro: veículo de auto-conhecimento, criatividade e expressão \(ufp.pt\)](#)
- Camacho, I., Tomé, G., Matos, M.G., Gamito,P., & Diniz, J. (2010). A escola e os adolescente: Qual a influencia da família e dos amigos? *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, (I), 101-116. [\(3\) \(PDF\) A ESCOLA E OS ADOLESCENTES: QUAL A INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA E DOS AMIGOS? \(researchgate.net\)](#)
- Carvalho, R. (2013). Criação terapêutica nas instituições: teoria e técnica. *Arte Viva: Revista Portuguesa de Arte-Terapia*. (3) 15-29. http://arte-terapia.com/wp-content/uploads/2013/09/REVISTA-ARTE-VIVA-3_ok-1.pdf
- Cartaxo, T., Pedroso, S. & Cerejeira, J. (2014). Psiquiatria da infância e adolescência. In Saraiva, C. & Cerejeira, J. (Coords.) *Psiquiatria fundamental* (pp.473-485). Lidel.

- Cerqueira, A., Gaspar, T., Guedes F., Madeira, S. & Matos, M. (2019). Sofrimento Psicológico, consumo de tabaco, álcool e outros fatores psicossociais em adolescentes portugueses. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 10 (2), 219-228. Universidade Lusíada Editora. [Sofrimento psicologico.pdf \(ul.pt\)](#)
- Chadder, N. (2019). An exploration into the perception of music interventions in hospitals amongst healthcare professionals. *Voice: A world forum for music therapy*. 19 (1), 1-19. <https://voices.no/index.php/voices/article/view/2711>
- Choi, A. (2018). Emotional well-being of children and adolescents: Recent trends and relevant factors. *Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Education Working Papers*, 169. Publishing. <https://doi.org/10.1787/41576fb2-en>
- CIPE (2017). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Artmed.
- Coimbra de Matos, A. (2012a). *Mais amor, Menos doença: a psicossomática revisitada*. Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos (2012b). *Adolescência*. Climepsi Editores.
- Conselho Nacional de Saúde. (2018). *Gerações mais saudáveis: Políticas públicas de promoção da saúde das crianças e jovens em Portugal*. CNS. <http://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/12/GERACOES-MAIS-SAUDAVEIS.pdf>
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Constantin, F. & Dragulin, S. (2019). Few Perspectives and Applications of Music Induced Emotion. In *2019 5th Experiment International Conference (exp.at 19)*. Funchal. DOI: [10.1109/EXPAT.2019.8876483](https://doi.org/10.1109/EXPAT.2019.8876483)
- Cunha, D. (2019). *Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na Promoção do Ambiente Terapêutico no Internamento do Adolescente em Sofrimento Mental*. [Relatório de Estágio, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum. [Microsoft Word - RelatórioEstágio_DianaCunha.docx \(rcaap.pt\)](#)

- Diogo, P. (2009). *Metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar: o processo de uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica*. [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa].
https://www.researchgate.net/publication/259382793_Metamorfose_da_experiencia_emocional_no_acto_de_cuidar_o_processo_de_uso_therapeutico_das_emocoes_em_enfermagem_pediatica_Metamorphosis_of_emotional_experience_in_the_act_of_caring_the_process_of_ther
- Direção Geral da Saúde (2018). *Rede de Referência Hospitalar. Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/RRH-Psiquiatria-da-Inf%C3%A2ncia-e-da-Adolesc%C3%A2ncia-Para-CP.pdf>
- Eisenstein, E. (2005). Adolescência: Definições, Conceitos e Critérios. *Adolescência & Saúde*. 2, 6-7.
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/245827/35755>
- Entidade Reguladora da Saúde (2015). *Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental*. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1500/Estudo_Saude_Mental_verse_o_publicar_v.2.pdf
- Erikson, E. (1968). *Identidade Juventude e Crise*. Zahar Editores.
- Espírito Santo, A. (2021). Saúde mental na infância e adolescência: Que desafios? *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (spe 8), 6-8.
https://issuu.com/spesm/docs/revista_especial_8
- Ferraz, M. (2009). *Terapias Expressivas Integradas*. Tuttirév Editorial Lda.
- Ferreira, M. & Nelas, P. B. (2006). Adolescências... Adolescentes... *Millenium – Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*. 32 (11), 141-162.
<https://revistas.rcaap.pt/millenium/issue/view/515>
- Fleming, M. (2010). *Entre o Medo e o Desejo de Crescer. Psicologia da Adolescência* (2ª ed.). Edições Afrontamento.

- Galvão, E. (2014). *O som vazio: a musicoterapia com adolescentes com perturbações emocionais e do comportamento em contexto escolar*. [Relatório de Estágio, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa]. Repositório das Universidades Lusíada. https://www.researchgate.net/publication/259382793_Metamorfose_da_experiencia_emocional_no_acto_de_cuidar_o_processo_de_uso_terapeutico_das_emocoes_em_e_nfermagem_pediatrica_Metamorphosis_of_emotional_experience_in_the_act_of_caring_the_process_of_ther
- Garrido, S. & Schubert, E. (2015). Music and People with tendencies to depression. *Music Perception*, (32), 313-321. https://www.researchgate.net/publication/276133579_Music_and_People_with_Tendencies_to_Depression
- Gaspar, T., Cerqueira, A., Branquinho, C. & Matos, M. G. (2018). The effect of a socialemotional school-based intervention upon social and personal skills in children and adolescents. *Journal of Education and Learning*, 7(6), 57-66. https://www.researchgate.net/publication/327512723_The_Effect_of_a_Social-Emotional_SchoolBased_Intervention_upon_Social_and_Personal_Skills_in_Children_and_Adolescents#fullTextFileContent
- Gaspar, T., Tomé, G., Gómez-Baya, D., Guedes, F., Cerqueira, A., Borges, A. & Matos, M. (2019). O bem-estar e a saúde mental dos adolescentes portugueses. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 10 (1) 17-27. <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/view/2626>
- Gaspar, M., Seabra Santos, M., Azevedo, A. & Homem, T. (2019). Psicologia & Psicoterapias – Os programas Anos Incríveis: Trilhos e caminhos em Portugal. *Psiquilibrios em Revista*, 5 (1) 6-7. [Revista_5_site.pdf \(psiquilibrios.pt\)](#)
- Gleitman, H., Fridlund, A. & Reisberg, D. (2011). *Psicologia* (9ª ed.). Fundação Calouste Gulbenkian
- Goldschmidt, T., Queirós, O. & Heitor, L. (2021, Abril). *Desenvolvimento Psicoafetivo e Sinais de Alarme na Saúde Mental das Crianças e Adolescentes* [Webinar]. Associação Nacional de Internos de Psiquiatria da Infância e Adolescência.

- Guessoum, S., Lachal, J., Radjack, R., Carretier, E., Minassian, S., Benoit, L. & Moro, M. (2020). Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Research*, 291 (113264), 1-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7323662/>
- Hense, C. (2019). Scaffolding Young People's Journey from Mental Health Services into Everyday Social Music Making: A pilot Music Therapy Project. *Voice: A world forum for music therapy*. 19 (1), 1-19. <https://voices.no/index.php/voices/article/view/2580>
- Imran, N., Zeshan, M. & Pervaiz, Z. (2020). Mental health considerations for children / adolescents in COVID-19 Pandemic. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36 (COVID19-S4), 67-72. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2759>
- Institute of Health Metrics and Evaluation (2019). *Global burden of disease 2019*. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- International Council of Nurses. (2017). *International Classification for Nursing Practice 2017 version*. International Council of Nurses.
- Leubner, D. & Hinterberger, T. (2017). Reviewing the Effectiveness of Music Interventions in Treating Depression. *Frontiers in Psychology*. 8 (1109) 1-21. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01109>
- Liang, L., Ren, H., Cao, R., Hu, Y., Qin, Z., Li, C. & Mei, S. (2020). The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health. *Psychiatric Quarterly*, 91, 841–852. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09744-3>
- Machado, M. C. (2015). *Adolescentes*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Major, H & Corda, M. (2019). Ato criativo – benefícios para a saúde mental. In Sequeira, C., Carvalho, J.C., Sá, L., Seabra, P., Silva, M. & Araujo, O. (Eds.), *X Congresso Internacional ASPESM: Desafios em Saúde Mental (pp. 18-25)*. ASPESM. https://issuu.com/spesm/docs/08_11_2020_e-book_final_congresso_portalegre.pdf
- Matos, M. & Equipa Aventura Social (2018). *A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão*, Relatório do estudo HBSC de 2018. http://aventurasocial.com/publicacoes/publicacao_1545534554.pdf

- Matos, M.G. (2020). *Adolescentes: As suas vidas, o seu futuro*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- McConnell, M. M., Memetovic, J., & Richardson, C. G. (2014). Coping style and substance use intention and behaviour patterns in a cohort of BC adolescents. *Addictive Behaviors*, 39, 1394-1397.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306460314001671>
- McFerran, K. S. (2020). Adolescents and music therapy: contextualized recommendations for research and practice. *Music Therapy Perspectives*. 38 (1), 80-88. [Adols-Review-MTP-2019.pdf \(ufrj.br\)](#)
- McKinney, J. P., Fitzgerald, H. E. & Strommen, E. A. (1986). *Psicologia do desenvolvimento: o adolescente e o adulto jovem*. Campus.
- Medeiros, T. (2015). *Adolescência: desafios e riscos* (2ª ed.). Letras Lavadas.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I.; Sawyer, L.M.; Im, E.; Messias, D.K. & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. In A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Mónico, L., Alferes, V., Castro, P. & Parreira, P. (2017). A Observação Participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. *Atas CIAIQ2017- Investigação Qualitativa Em Ciências Sociais*, 3, 724-733. [\(1\) \(PDF\) A Observação Participante enquanto metodologia de investigação qualitativa \(researchgate.net\)](#)
- Monteiro, P. & Confraria, L. (2014). Adolescência. In Monteiro, P. (Coord.) *Psicologia e Psiquiatria da infância e adolescência*. (pp. 339-358). Lidel.
- Monteiro, A. & Cerqueira C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. In Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo (Coords.) *Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem*. (pp. 33-38). Lidel.

- Moreira, D. (2017). *A perturbação do comportamento na adolescência e estratégias de intervenção*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti]. Repositório da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. <http://repositorio.esepf.pt/bitstream/20.500.11796/2536/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Daniela%20Moreira-%202015147.pdf>
- Murphy, S. A. (1990). Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. *Holistic Nursing Practice*, 4(3). 1-7. https://journals.lww.com/hnpjournal/Citation/1990/05000/Human_responses_to_transitions_A_holistic_nursing.3.aspx
- Nabais, A. & Nunes, L. (2020). A criança e o jovem com Problemas de Saúde Mental. In Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo (Coords.) *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. (pp.264-272). Lidel.
- Nabais, L. (2014). *Comportamentos de Risco em Adolescentes e Jovens Adulto da Região de Lisboa: Perspectivas de Prevenção*. [Tese de Doutoramento, Universidade Aberta]. Repositório Aberto. [Repositório Aberto: Comportamentos de risco em adolescentes e jovens adultos da região de Lisboa : perspectivas de prevenção \(uab.pt\)](https://repositorio.uab.pt/handle/10411/10000)
- NANDA (2015). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2018-2020* (11ª Edição). Artmed.
- Nascimento, E. D., Bittencourt, V. L., Pretto, C. R., Dezord, C. C., Benetti, S. A. & Stumm, E. M. (2018). Oficinas terapêuticas com música em saúde mental. *Revista Contexto & Saúde*. 18 (34), 15-19. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2018.34.15-19>
- Nunes, L. (2021, Julho). *Perturbação do Comportamento Alimentar: da Infância e Adolescência à Idade Adulta*. [Webinar]. Associação Nacional de Internos de Psiquiatria da Infância e Adolescência.
- Oliveira, W., Silva, J., Andrade, A., Micheli, D., Carlos, D. & Silva, M. (2020). A saúde do adolescente em tempos da Covid-19: Scoping Review. *Cadernos Saúde Pública*, 36 (8). 1-14. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150020>
- Organização Mundial de Saúde (2017). Mental Health in Emergencies. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>

- Ordem dos Enfermeiros (2020). *Guia de Recomendações para as Consultas de Enfermagem à Distância/Telenfermagem – Versão 1*. [Microsoft Word - V8 recomendações e sustentação 20201221.docx \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros (2021a). Parecer N° 53/2021. Conselho de Enfermagem 2020-2023. [Microsoft Word - Parecer n.º 53_CE_13.01.2021_Consulta Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem Anonimizado Rectificado \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros (2021b). *Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/guia-orientador-de-boas-pr%C3%A1ticas-1/>
- Papalia, D. E. & Feldman, R.D. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12ª ed). Artmed.
- Pena, A. (2011). *Intervenções Expressivas em Grupo de Adolescentes em Sofrimento Mental*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16275/1/Relat%c3%b3rio_Ana%20Pena.pdf
- Pereira, P. (2011). *5 Ritmos de Dança: Grupos de dança e movimento como intervenção terapêutica de enfermagem*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15653/1/Relat%c3%b3rio%20Est%c3%a1gio%20Patr%c3%adciaP.pdf>
- Regulamento n.º 515/2018 de 7 de Agosto de (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República, 2ª série, N° 151 (2018-08-07), 21427 – 21430.
- Sampaio, F., Sequeira, C. & Lluch-Canut, T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (19), 77-84. [Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa: Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica \(ufp.pt\)](#)

- Sampaio, F., Sequeira, C. & Lluch-Canut, T. (2020). Intervenção psicoterapêutica em enfermagem. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coords.), *Enfermagem de saúde mental: diagnósticos e intervenções* (p. 171-173). Lidel.
- Santos, J.C., Façanha, J., Quaresma, M., Matos, M., Nabais, A., Coruche, I., Calças, C., Simeão, M., Brás, M., Carmo, C., Erse, M., Simões, R., Marques, L. & Loureiro, C. (2019). *Mais contigo – Tela de Emoções: Promoção de Saúde Mental e Prevenção de Comportamentos Suicidários no Ensino Artístico*. Associação Honorífica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Santos, J. & Cutcliffe, J. (2018). *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21 st Century. A person – Centred, Evidence- based Approach*. Springer Publishing Company.
- Sakka, L. S. & Juslin, P. N. (2017). Emotional reactions to music in depressed individuals. *Psychology of Music*, 46 (6), 1-19. https://www.researchgate.net/publication/320329892_Emotional_reactions_to_music_in_depressed_individuals
- Sousa, A. (2005). *Psicoterapias Activas (Arte-Terapias)*. Livros Horizonte.
- Stewart, J., Garrido, S., Hense, C. & McFerran, K. (2019). Music use for mood regulation: self-awareness and conscious listening choices in young people with tendencies to depression. *Frontiers in Psychology*, 10 (1199), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01199>
- Sussman, S., Liao, Y., Tsai, J. & Fishbein, D. (2016). Parameters of preventing substance misuse in adolescents. In M.R Korin (Ed.). *Health Promotion for Children and Adolescents* (pp. 215-234). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7711-3_11
- Takata, Y. (2002). Supporting by a nurse teacher in a school infirmary using collage therapy. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, (56), 371-379. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2002.01025.x>
- Tomé, G., de Matos, M. G., Simões, C., Camacho, I., & Alves Diniz, J. (2012). How can peer group influence the behavior of adolescents: Explanatory model. *Global journal of health science*, 4(2), 26-35. <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC4777050&blobtype=pdf>

- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica – conceitos de cuidados na prática baseada na evidência* (6ª Edição). Lusociência.
- Urbano, N. & Sanchez, J. (2015). Adolescência. In Leal, D. (Coord.) *Manual de Psiquiatria da Infância e da Adolescência: Avaliação, Compreensão e Intervenção*. (pp. 89-114) Coisas de Ler Edições.
- Webster-Stratton, C. (2016). *Os anos incríveis: Guia de Resolução de Problemas para Pais de Crianças dos 2 aos 8 anos de Idade*. Psiquilibrios Edições.
- World Health Organization (2003). Trainers' Guide on Adolescent Mental Health Promotion. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204755/B4897.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Yalom, I. & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books.
- Veríssimo, R. (2002). *Erik Erikson: Desenvolvimento Psicossocial*. Faculdade de Medicina do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9133/2/13864.pdf>
- Zal, H. M. (1992). *A geração sanduíche: Entre filhos adolescentes e pais idosos*. Difusão Cultural.
- Zhou, S., Zhang, L., Wang, L., Guo, Z., Wang, Z., Chen, J., Liu, M. ... Chen, J. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 749-758. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>
- Zimmerman, D. (2000). *Fundamentos Básicos das GRUPOTERAPIAS*. 2ª Edição. Artmed.

APÊNDICES

APÊNDICE I – A História de Artur



“Cada criança nasce numa circunstância que, desde sempre e para sempre, não foi nem jamais será repetida. Numa circunstância ÚNICA.”

João dos Santos

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CD – Consulta de Desenvolvimento

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CM - Câmara Municipal

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

EESMP – Enfermeiro Especialista Saúde Mental e Psiquiátrica

PDI - Perturbação do Desenvolvimento Intelectual

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção

Sic – Segundo Informação Colhida

O ADOLESCENTE

História de Enfermagem

Artur, nome pelo qual gosta de ser tratado, é um adolescente de 15 anos de idade, sexo masculino, caucasiano, de nacionalidade portuguesa. Atualmente, vive com a mãe AI de 36 anos, pai AA de 43 anos e duas irmãs, JA de 11 anos e IA de 4 anos, na casa da avó paterna (habitação social), onde também residem, quatro tios paternos. Os pais, deixaram de conseguir pagar a habitação arrendada, após entrarem em situação de desemprego, estando sem subsídio de desemprego. A mãe alega que vai conseguindo pequenos trabalhos pontuais “biscates” sic, na área da restauração, mas que é claramente insuficiente face as despesas, pelo que tiveram de optar por se mudarem para esta habitação de tipologia T3 onde residem dez pessoas. Segundo a mãe, o ambiente familiar em casa da avó não é o ideal para os filhos, particularmente para Artur que tem desavenças frequentes com os tios. Menciona que os familiares “contrariam-na frequentemente à frente das crianças” sic, o que potencia a dificuldade na definição e manutenção de regras e limites para com Artur, prejudicando toda a dinâmica familiar. A mãe refere ainda que os tios parecem ter consumos abusivos de álcool e drogas. Nega, no entanto, agressividade em contexto familiar. Sem rede de suporte. Avaliado pelo serviço social, que faz a articulação com vários setores da comunidade, nomeadamente Câmara Municipal (CM) e Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ).

Artur frequenta o 8º ano de escolaridade, reprovou no 2º ano e usufrui de apoio da Professora de Ensino Especial (devido ao atual contexto epidemiológico, tem esse apoio via online), de Psicologia e de Terapia da fala. Não frequenta atividades extracurriculares, os seus tempos livres são passados a “jogar play, a ver o Porto, a jogar às cartas com o Tio ao fim de semana... na escola gosto de jogar basquete, futebol e andar à luta com colegas na escola... adoro lutar, já inventei golpes de luta contra a parede que matam qualquer pessoa!”sic.

Vem encaminhado para a equipa, por médico de família, com Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA), interrompendo o seguimento nas consultas de pediatria. Iniciou seguimento aos 8 anos de idade em Consulta de Desenvolvimento (CD) num hospital da área de Lisboa (última em 2017) por Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI) e PHDA, e seguimento em psicologia. É acompanhado por psicologia em âmbito escolar há 2 anos, beneficiando também de apoio de professora de ensino especial e terapia da fala. Vem por quadro de irritabilidade, baixa tolerância à frustração, heteroagressividade dirigida à mãe, muito opositivo, não cumpre regras, aumento do apetite, insónia. Sem alergias conhecidas.

Entrevista de Enfermagem

A entrevista em enfermagem “...é uma permuta entre a enfermeira e a pessoa de quem ela cuida ou a sua família e para a qual elabora objetivos particulares relativos à colheita de informações, à transmissão de conselhos ou de explicações e ao suporte psicológico e à resolução de problemas.” (Phaneuf, 2005, p.250). Bermosk & Mordan (1994) citados por Chalifour (2009), afigura a entrevista de cuidados como “uma comunicação verbal ao longo de uma interação de uma enfermeira com um paciente, uma família ou um grupo, relativa à manutenção, promoção e restauração da saúde.” (Chalifour, 2009, p. 59). A entrevista em enfermagem, representa:

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

Em saúde mental e psiquiátrica, a entrevista, configura diferentes processos e etapas, com objetivos traçados pelo enfermeiro. Segundo Phaneuf (2005), a preparação, orientação, exploração e conclusão, fazem parte das quatro etapas da entrevista. Na primeira etapa-preparação, o enfermeiro, tomando em consideração meios e recursos disponíveis, define o objetivo da entrevista. Posteriormente, na segunda etapa-orientação, é a fase onde ocorre o primeiro contato do enfermeiro com a pessoa cuidada. Segue-se, a terceira etapa-exploração, onde o mesmo recorre a técnicas e habilidades, que o ajudam a recolher informações e permitem o encontro e o estabelecimento da relação de ajuda. Por fim, a quarta etapa-conclusão, ou fase de despedida, procura analisar o caminho percorrido, compreender se os objetivos foram atingidos, dando igualmente conta, das barreiras que emergiram.

Foi neste enquadramento que realizei as entrevistas formais e informais ao cliente Artur, em momentos individuais e no grupo terapêutico “CRESCER”. Realizei entrevista de informação e colheita de dados com a mãe de Artur e com este, num gabinete do serviço.

Foram explicados todos os procedimentos e propósitos do estudo, pedindo consentimento para a elaboração do mesmo, a qual aceitou colaborar, mostrando disponibilidade.

Antecedentes Pessoais

Período Peri-natal/ relação precoce:

Filho de uma gravidez desejada, mas não planeada, vivida com períodos de grande instabilidade e ansiedade, por conflitos conjugais e familiares. Gravidez de risco por ameaça de

parto pré-termo, vigiada apenas a partir do 5º mês de gestação. Parto distócico com fórceps às 40 semanas e 3 dias, sem necessidade de internamento neonatal e sem intercorrências durante o parto. Segundo a mãe com problemas respiratórios nos primeiros anos de vida. A mãe nesta fase não tinha trabalho e foi ela que cuidou inteiramente de Artur, com pouco apoio do pai e com conflitos familiares.

Primeira Infância (0 aos 3 anos):

Desenvolvimento psicomotor: a mãe refere que Artur começou a sentar-se aos 6 meses, gatinhava “para trás” sic aos 10 meses e começou a dar os primeiros passos com cerca de 13 meses de idade. Relativamente à linguagem, as primeiras palavras, são descritas pela mãe por volta 12 meses, linguagem perceptível aos 2 anos, e os pais não percecionavam atraso na linguagem. Aleitamento materno até aos 2 meses, altura em que deixou de ter leite suficiente, tendo iniciado leite por formula. O processo de introdução e diversificação alimentar foi fácil, “ele sempre comeu de tudo!”sic. O controlo de esfíncteres diurno e noturno ocorre antes dos 2 anos de idade, tendo enurese noturna secundária ao nascimento da irmã. Em relação ao sono: adormece com companhia, sem interrupções noturnas ou despertares, sem sonilóquia e bruxismo, sem sonambulismo e sem roncopatia. Em relação à socialização, mãe não se recorda do mês do aparecimento do sorriso social, mas recorda que se mostrava inibido ao contato com pessoas desconhecidas. Associado ainda ao nascimento da irmã JA, percebe-se uma regressão no desenvolvimento psicomotor, tendo sido acompanhado em Psicologia. Em relação a objetos transitórios, a mãe nega existir objeto relevante ou brinquedo preferido.

Segunda Infância – idade pré-escolar (3 aos 6 anos):

Esteve com a mãe até aos 5 anos de idade, altura em que entra para o Jardim de Infância, no Pré-escolar, onde apresentou dificuldades de adaptação. A educadora alertou os pais para dificuldades ao nível do grafismo, agitação psicomotora, desatenção e atraso de linguagem. A mesma, recomendou adiamento da escolaridade, mas a mãe não aprovou. Beneficiou de Terapia da Fala no Jardim de Infância.

Em relação a separação ou perdas, a avó materna faleceu quando Artur tinha 6 anos, e segundo a mãe “ele perguntava muito por ela, gostava muito dela...!”sic.

Terceira Infância – idade escolar (6 aos 12 anos):

Entra no 1º ano aos 6 anos de idade, com algumas dificuldades de adaptação. Transitou para o 2º ano, mas ficou a cumprir o currículo do 1º ano, beneficiando de apoio educativo duas

vezes por semana e intervenção em Psicomotricidade uma vez por semana através de uma Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce. Com muitas dificuldades de aprendizagem, ficou retido no 2º ano de escolaridade. Beneficiou de terapia da fala em contexto escolar e por estrabismo foi seguido em consulta de oftalmologia.

Aos 8 anos, transita para o 3º ano, embora não tenha adquirido competências prévias. Com queixas de comportamento na escola, desatento, “não para quieto na aula!”sic (mãe), não realiza tarefas escolares, dificuldade em compreender ordens. Relaciona-se com os pares, mas por vezes entra em conflito ou não se defende, e com tendência a relacionar-se com outras crianças com problemas de comportamento. Com interesse em brincadeiras de luta, jogos de carros e futebol.

Segundo a mãe, Artur é um menino meigo e simpático, mas por vezes é desobediente e agressivo em casa, sobretudo quando fica mais agitado. A mãe perceciona instabilidade emocional ou mesmo labilidade emocional. Em relação ao sono, dorme com o pai, não apresenta dificuldade em adormecer, embora apresente agitação motora durante o sono, sonilóquia e bruxismo. Adormece a ver televisão e dorme cerca de 11 horas, deitando-se por volta das 21:30 despertando às 8 horas. A mãe acrescenta que relativamente à alimentação o RA, “come em excesso e repete sempre o prato mais do que uma vez... não gosta de legumes!”sic. Come sozinho, exceto cortar com a faca (tem alguma dificuldade). Ao nível da autonomia, vai à casa de banho sozinho, embora chame para o limpar quando evacua. Veste e despe-se com pouca ajuda, com dificuldade em apertar os botões e não aperta os atacadores.

Por esta altura, é referenciado pelo centro de saúde, e inicia seguimento em CD num hospital da área de Lisboa, onde se procedeu ao início da avaliação. Em consulta, a psicóloga procedeu à aplicação da prova Matrizes Progressivas de Raven, na qual é descrito que Artur colaborou, referindo que se procurou explorar alguns aspetos comportamentais e emocionais junto do mesmo, mas foi difícil, pela sua dificuldade ao nível da compreensão e da expressão verbal. O seu discurso por vezes era confuso. Parece ter dificuldade ao nível do controlo dos impulsos, o que se traduz em comportamentos agressivos, tanto na escola como em casa. Descreve conflitos com a irmã e expressa algum arrependimento e capacidade de empatia. Refere também que nesta consulta, foi evidente alguma agitação motora.

Num outro momento de seguimento, a psicóloga aplica escalas de Conners, entregando as mesmas à mãe e enviada para o professor do Artur. De acordo com a informação escolar e da mãe, segundo a escala, Artur tem dificuldade em cumprir rotinas e regras básicas; períodos de atenção muito curtos que potenciam as dificuldades de aprendizagem, mais acentuadas na

área da Língua Portuguesa; não consegue gerir o tempo na realização das tarefas e por vezes recusa-se a realizá-las; não é bem aceite pelos pares; comportamentos disruptivos na sala de aula: assobia quando a turma está em silêncio e ri-se indiscriminadamente. Anexo à informação escolar, vem também o relatório da terapeuta da fala, que segundo esta, “apresenta uma Perturbação da Linguagem e uma Perturbação da Leitura e Escrita. "sic

Ainda em CD, foi aplicada a avaliação cognitiva com a WISC-III, onde o RA se revelou colaborante, revelou resultados no nível inferior à média para a idade cronológica (QIec= 63, QV= 69, QR= 65).

As preocupações da mãe nestas consultas, eram focadas sempre no comportamento do Artur, uma vez que recebe diariamente “recados do professor, diz que ele está sempre muito agitado, perturba o ambiente da sala de aula, os outros meninos e não faz os tpc`s... o professor chama-o de burro... roí as canetas e os lápis todos!”sic A mãe justifica que o agravamento do comportamento, prende-se com este motivo, que o leva a não querer ir à escola. Segundo esta, em casa, tem verificado períodos em que parece "ausente" e outros em que começa a chorar sem motivo aparente, refugiando-se no seu quarto e recusando-se a falar. Acrescentou que fica muito ansioso quando tem testes.

Foi também explorado junto de Artur, alguns aspetos comportamentais e emocionais, onde se salientou que este: percebe que é bom aluno a Matemática e Estudo do Meio, ao contrário de Português ("sou péssimo"); justifica que não faz TPC's porque o professor manda tarefas do 4º ano que ele não consegue fazer (parece estar inserido numa sala com vários alunos de anos diferentes); atribui a responsabilidade pelos maus resultados nos testes ao professor, considerando que ele apenas diz aos "alunos que têm boas notas" (sic) qual a matéria que irá sair; reconhece que tem um comportamento agitado e que perturba o ambiente na sala de aula ("Eu estou sempre a mexer-me porque tenho comichão"); partilhou que reage mal quando é contrariado, sendo sugestivo de uma baixa tolerância à frustração; pouca noção de perigo (acha que é invencível e consegue enfrentar qualquer situação); os seus principais interesses são jogar à bola, brincar à apanhada e às lutas; gosta também de ver lutas na tv; relatou comportamentos de auto-agressão quando está ansioso; parece sentir-se mais próximo da mãe e menos do pai; o pai é quem habitualmente o castiga “bate com a colher de pau!”sic.

Assim, consideram que o Artur apresenta dificuldade no controlo dos impulsos e baixa tolerância à frustração. Grandes períodos de irritabilidade, associados a comportamentos de autoagressividade “murros no próprio peito com força” sic (psicóloga), quando é contrariado ou quando algo o revolta, não conseguindo expressar-se verbalmente. Impulsivo com os pares.

Parece ter um locus de controlo sobretudo externo, podendo apresentar sofrimento emocional e/ou alterações ao nível do humor.

No âmbito do seguimento na CD, iniciou intervenção farmacológica com metilfenidato (Rubifen 10 mg - 1 comp de manhã).

Aos 9 anos, transita para o 4^a ano de escolaridade, mantendo apoio da Educação Especial e de intervenção em Terapia da Fala, ambas com frequência bissemanal. Segundo relatório da docente de Educação Especial, revela dificuldades na leitura concordantes com as alterações que apresenta na expressão verbal, demonstrando conseqüentemente dificuldades ao nível da interpretação e baixa motivação para tarefas desta natureza por ser confrontado com as suas limitações. Por outro lado, a mãe de Artur reconhece melhoria no seu comportamento e atribui à mudança de professor da turma, considerando ter sido uma mudança muito positiva (considera que este professor o incentiva, ao invés do ano passado, em que o professor o ridicularizava junto da turma).

Por esta altura, a mãe acrescenta que Artur andou mais triste e zangado, pois foi a altura que esta se tentou separar do marido “não sabia o que fazer, tentei faze-lo, mas não tinha depois como me governar... o meu filho assistiu a isto tudo, havia muita confusão!”sic. Acrescenta ainda que: trabalhava apenas umas horas como empregada de limpeza, mas era claramente insuficiente para fazer face às despesas; o pai tinha problemas de alcoolismo e não estava a trabalhar, não recebia ordenado e estava em risco de ficar desempregado (trabalhava na construção civil); estava muito preocupada com Artur que assistia a todos estes conflitos e zangas, “o pai prometia-lhe sacos de gomas se ele nos mentisse, e disse-se que o pai tinha ido trabalhar quando não foi... deixava os miúdos em casa sozinhos!”sic. Artur, demasiado exposto a toda a situação, ainda que reconhece-se que as atitudes do pai não eram corretas, procurava defendê-lo e tenta ajudar a mãe a encontrar formas de reconciliação, porque “ele não nos queria ver separados, tentava sempre defende-lo!”sic (mãe).

Aos 11 anos, frequenta o 5^o ano de escolaridade, beneficiando novamente de apoio pedagógico personalizado com uma docente de ensino especial, com frequência bissemanal, e foi referenciado para psicologia e terapia da fala, mas que não chegou a iniciar. Pratica atletismo e futsal na escola, com jogos ao fim de semana. Foi abordada a motivação para os assuntos escolares, utilizando as atividades desportivas e de lazer, como reforço positivo.

Manteve muitas dificuldades na aprendizagem, com caligrafia muito irregular, com muitos erros ortográficos, não sendo capaz de ler de forma fluente. Grande resistência em fazer os trabalhos de casa, onde só tem apoio da mãe. Em casa, com comportamentos de oposição e

desafio, segundo a mãe “ele não me obedecia, não queria fazer nada do que lhe pedia... na altura também estava muito pouco tempo com ele...!”sic. A mãe recorda ainda que desde o 1º até ao 6º ano de escolaridade, Artur apresentava episódios pontuais de agressão aos colegas no recreio. Mas foi desde o 7º ano, que coincidiu com a saída da casa, onde pais, irmãos e Artur viviam, para a casa da avó paterna, onde viviam mais quatro tios paternos, com história de doença psiquiátrica e consumos de álcool. A mãe refere que a partir deste momento, aumentou a sua irritabilidade e apresentava episódios de auto e heteroagressividade, em que as únicas pessoas que o conseguiam acalmar era a mãe e o tio JA com quem partilha o quarto.

Adolescência – história de vida atual:

Atualmente com 15 anos de idade, frequenta o 8º ano de escolaridade, beneficiando de apoio de psicologia na escola. Segundo a mãe, Artur tem mantido queixas de comportamento da escola, estando cada vez mais agressivo e impulsivo. Refere também que em casa, quando contrariado reage de forma agressiva, “não me obedece e é muito difícil colocar limites” sic.

A maio de 2020, inicia seguimento na equipa, e devido ao plano de contingência, é feita a primeira teleconsulta de enfermagem com a mãe de Artur, que fornece informação relevante do mesmo e da família. As preocupações atuais verbalizadas: queixas de comportamento na escola, conflitos com os pares, heteroagressividade dirigida à mãe. Irritabilidade e quando contrariado reage com agressividade. Impulsividade marcada, inquietude e sono agitado.

Na primeira consulta médica, com Artur e sua mãe, é descrito em diário clínico que esta refere que Artur melhorou bastante o seu comportamento, relativamente à última consulta, com introdução de terapêutica (Risperidona 0,75 mg ao deitar). Relata alguns episódios importantes, nomeadamente: a dificuldade que tem em manter uma boa higiene de sono, pois a casa onde vivem dormem todos muito juntos e por sua vez Artur está a dormir no quarto do tio de 40 anos, cuja rotina é diferente da dele.

Quando questionado Artur de como se tem sentido, e se tem sido fácil controlar a sua irritabilidade, este refere: “igual, é-me igual... se tiver de bater em alguém, essa pessoa fica no chão!”sic Acrescenta que tem discutido com a irmã JA e com o tio “ele é um bêbado e ela é uma peixeira, histérica que acha que manda lá em casa!”sic. Não consegue elaborar uma resposta concreta quando explorado o que o faz irritar-se, “quem me chateia, eu bato!”sic. Relata que brinca às lutas com o seu urso, o Dr. Destruição, e que já estragou muito o urso. Pediu à avó para o costurar, “ele agora dorme na minha cama, mas não dorme comigo.”sic.

Na segunda consulta médica, é descrito episódio de heteroagressividade dirigida à mãe que Artur descreve, “quando ela insiste e eu não quero, eu bato, quem se meter à frente fica no

chão.”sic. Sem insight para a gravidade do episódio, muito desafiador na consulta, colocando sempre muitas dúvidas relativamente à intervenção que se tenta implementar. Na dinâmica mãe e Artur em consulta, esta demonstra grande preocupação relativamente à crise temperamental de Artur, não consegue estabelecer limites, não sendo assertiva das ordens que lhe dá, por sua vez, este é muito desafiador com ela. Acrescenta que passa muitas horas a jogar playstation e tem insónia inicial, segundo Artur: “ponho despertador para as 5 da manhã para jogar e para ver o meu pai a ir para o trabalho!”sic

Quando questionado acerca de como está a correr a escola, este responde: “aquilo está tudo cheio de corona... tenho medo de ficar doente e infetado” sic. Refere que no ano passado roubava dinheiro aos colegas porque lhe faziam o mesmo quando ele era mais novo. Ao pedir-lhe que se coloque no lugar dos colegas que são roubados e de pedir que se lembre como se sentia quando o roubavam, reage com indiferença “é altura de me vingar, naquela escola tenho de andar a luta e não posso ser fraquinho, se não gozam comigo” sic. Artur não quer que a irmã mais pequena vá para a escola: “eles lá estão sempre à porrada, já a ensinei a bater e ela já bate, sabe muito mais que a irmã do meio.”sic. Ele acha que deve bater na família e nas pessoas da escola e “a quem se meter com ela!”sic.

Em episódio descrito em diário clínico, apresenta um aumento de irritabilidade e da impulsividade na escola, agressivo com os pares, chegando a agredir um colega no recreio com pedras, “atirou pedras a um colega e chegou a casa com o casaco cheio de pedras” sic (mãe). Quando questionado se tinha amigos na escola e se falava com os amigos, Artur refere: “que remédio... a minha vida perfeita é um quarto, uma casa de banho e uma play!”sic

Artur mantém-se muito opositivo e argumentativo na consulta e na dinâmica com a mãe, onde esta não consegue colocar-lhe limites de forma assertiva. Refere que continua “agitado e desatento!”sic (mãe). Ajuste terapêutico, risperidona 1,5 mg ao deitar e metilfenidato 40mg (ritalina). Importa referir, foram feitas teleconsultas com a mãe de Artur, uma vez que este faltou três vezes à consulta médica. Trabalhada a adesão à mesma. Em teleconsulta de Enfermagem, a mãe refere que Artur se encontra mais calmo. Proposto para integrar o grupo terapêutico “CRESCER” (nome fictício), aceite pela mãe e no próximo grupo de competências parentais “Mais família, Mais jovem”. Integra a primeira sessão do grupo terapêutico “CRESCER”, com resistência, participando com pouco investimento nas atividades propostas, e grande resistência na formulação de regras, desafiando o cumprimento das mesmas.

Em consulta com pedopsiquiatra que o acompanha, a mãe refere que “estou muito assustada com o comportamento do Artur... no outro dia fomos ao supermercado e fiquei com

medo. Ele só me falava em morrer e em cemitérios e caixões. Este ano disse que queria tudo preto no Natal” sic. Posteriormente pede para que a médica entre em contato com a psicóloga da escola, a qual deixa em registro clínico: “A psicóloga refere que o Artur disse que se queria matar e que acha que houve momentos em que saiu da realidade. Refere que está muito revoltado e é agressivo com os pares na escola. Refere que sente muita adrenalina dentro dele. Quando pergunto se o Artur lhe falou em vozes, a psicóloga refere que ele foge ao assunto e é um assunto que o deixa incomodado. Refere que fala muitas vezes em morte e em fazer mal aos outros.” É referido também em consulta queixas de diminuição do apetite e cefaleias. Em consulta individual com Artur, este nega alucinações auditivo verbais, ideias de perseguição, desrealização e despersonalização. É feita revisão terapêutica, na qual suspende a metilfenidato 40 mg (ritalina), por possível efeito paradoxal, e aumenta risperidona para 2 mg ao deitar.

Voltam a consulta, onde a mãe verbaliza melhoria com o ajuste da medicação e refere que Artur está menos agitado e menos impulsivo. Inicia metilfenidato 36 mg (concerta), com feedback positivo da mãe em nova consulta, “ele parece estar melhor... também a terapia com as enfermeiras todas as semanas tem ajudado muito, ele até parece diferente... quer me ajudar e anda mais calmo em casa!” sic (mãe).

Variável biológica:

Realizado exame físico a Artur em entrevista: 165 cm de altura, 69 kg de peso e índice de massa corporal de 25,34 (excesso de peso); Pele e mucosas rosadas, hidratadas e integras; cabelo penteado e limpo; unhas pouco cuidadas; cabeça e pescoço simétricos; sem alterações da acuidade auditiva; sem alterações da acuidade visual atualmente, embora aos 6 anos por estrabismo, seguido em consulta de oftalmologia; sem alteração do padrão respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, sistema gênito-urinário e sistema músculo-esquelético.

Variável psicológica – Avaliação do Estado Mental:

A avaliação do estado mental foi realizada em todos os momentos de contato com Artur, nomeadamente, entrevista individual e com a sua mãe e sessões do Grupo Terapêutico “CRESCER”, agendadas para todas as terças feiras. Assim, apresento a primeira avaliação do estado mental, fazendo referência ao primeiro contato, no grupo psicoterapêutico.

Apresenta idade aparente coincidente à real, aparência pouco cuidada e pouco investida. Veste roupa própria (fato de treino) congruente e adequado à estação do ano. Encontra-se vigil e orientado em todas as vertentes, pessoa, espaço, tempo e vivência. Contato ao início superficial, não mantém contato visual. Progressivamente mais sintónico, embora por vezes

com postura desafiadora e provocadora, nomeadamente com os pares, com necessidade de mediar a relação que vai estabelecendo com estes. Comportamento de intimidação e onipotência, verbalizando experiências de agressividade com os pares em contexto escolar, referindo-se a esta como mediação e início das relações sociais estabelecidas, “só conheço os meus amigos se lhes bater... para saber se é meu amigo andamos à porrada... é o que eu gosto de fazer... por exemplo se eu te quiser conhecer e saber se gosto de ti, tenho de te bater!” sic (dirige este exemplo para um elemento do grupo).

Durante a dinâmica, com inquietação psicomotora, movimentando-se muito na cadeira e com grande resistência na formulação de regras com o grupo, desafiando o cumprimento das mesmas, “eu não gosto de regras e nem queria estar aqui... não posso utilizar o telemóvel... isto é uma seca” sic (mãos nos bolsos). Com alguma resistência inicial em participar, opositivo e argumentativo.

Discurso hiperfónico, altissonante, centrado na agressividade. Com verborreia, interrompendo e interpelando as narrativas dos outros elementos do grupo, não sabendo aguardar pela sua vez de falar, com necessidade de mediação. Não apresenta alterações sintático-semânticas, embora apresente um discurso pobre. A atenção é captável, embora com períodos de distratibilidade e com necessidade de repetição e reorientação para as questões colocadas. Sem alterações grosseiras da memória imediata (repetiu números), recente (foi capaz de nomear regras previamente estabelecidas) ou remota (recordou eventos da semana anterior). Apresenta humor eutímico, embora por vezes irritável nas relações que vai estabelecendo com elementos do grupo. Afetos ressonantes e congruentes com o humor. Faceis fechado.

Com mecanismos de *coping* e de regulação do afeto ineficazes, impulsividade marcada e com pouco autocontrole, partindo facilmente para a agressividade, não compreendendo as consequências dos seus atos, sem insight ou juízo crítico para as mesmas, “quando ela (mãe) insiste e eu não quero, eu bato, quem se meter à frente fica no chão, na escola todos têm medo de mim, até o stor. O outro disse que era um burro, dei-lhe porrada, nunca mais me falou. Ainda há tempos houve confusão na escola, vieram todos tentar separar, andava à porrada com um putu... foi parar ao hospital... se tiver de bater em alguém, essa pessoa fica no chão!” sic. Narra estes acontecimentos com frieza afetiva e sem capacidade de se colocar no lugar do outro. Quando questiono o que o faz irritar, não consegue elaborar uma resposta concreta, apenas refere “quem me chateia eu bato, já inventei golpes de luta que matam qualquer pessoa!”sic, Ao devolver a Artur “que matam?”, este acrescenta “sim... então qual é o problema de morrer, nós vamos um dia todos morrer por isso! (encolhe os ombros)”sic Não se apuram alterações da

percepção e sem postura sugestiva do mesmo. Pensamento hiperconcreto, com dificuldade no pensamento abstrato.

Artur, participou com investimento moderado na atividade proposta na dinâmica, e na atividade de expressão plástica, com recurso ao desenho, escrita e colagem, não apresentou alterações nos movimentos grosseiros e finos, manuseando os materiais, como os lápis, canetas, revistas e tesoura, sem dificuldade. Contudo, na atividade escrita, apresentou algumas dificuldades, com uma caligrafia muito irregular, alguns erros ortográficos e com dificuldade de organização dos conteúdos.

Quanto aos seus gostos, refere que gosta de música e de jogar playstation. Exploro relativamente aos projetos futuros, “a vida perfeita, tem um quarto, uma casa de banho e uma playstation... não quero ir para a universidade porque mesmo pessoas que lá andam, acabam a trabalhar num talho ou no pingo doce e comigo também vai ser assim... ou então vou ser pintor como o meu pai... ele também só pinta e não quer aprender mais nada!”sic

Dinâmica de Artur com a mãe à chegada, em sala de espera: atitude calma, posição próxima da mãe, aceita separar-se e vir sozinho, com o grupo para a sala de terapias expressivas. Contudo, no final da sessão do grupo, já em sala de espera, Artur argumenta e desafia constantemente a mãe, opondo-se a qualquer regra e indicação que esta lhe tente dar. A mãe olha nos meus olhos e diz-me: “está a ver como ele é!”sic.

Em entrevista individual com Artur, mantem-se sobreponíveis aspetos psico-comportamentais referidos anteriormente, acrescentando que foram explorados aspetos de autoagressão, onde refere: “apontei uma faca à cabeça quando os meus pais se queriam separar no 4º ano...bato-me a mim (socos no peito) para não bater nos outros...fico com raiva” sic. Devolvidas estratégias catárticas, como bater na almofada quando assim for, entre outras. Não seapura ideação suicida, embora aborde o tema com frieza e distanciamento. Explorado tema dos consumos de substâncias como álcool e drogas, Artur nega.

Intervenção farmacológica e não farmacológica

9

Iniciou intervenção farmacológica aos 9 anos de idade, com metilfenidato (rubifen) 1 comprimido ao pequeno almoço, que manteve segundo a mãe até aos 13 anos de idade. Abandonam a consulta e a terapêutica por volta desta altura (2017).

Vem encaminhado para a equipa, e tem a primeira consulta médica, com introdução de risperidona 0,75 mg ao deitar, que segundo a mãe o Artur aceita, mas que não vê melhoria no seu comportamento. Mais tarde, volta à consulta, e a mãe relata episódios de

heteroagressividade dirigida a esta. Inicia metilfenidato (ritalina 40 mg) ao pequeno almoço e aumenta risperidona para 1,5 mg ao deitar. Em nova consulta, é feita revisão terapêutica, na qual suspende a ritalina 40 mg, por possível efeito paradoxal (cefaleias), e aumenta risperidona para 2 mg ao deitar. A mãe verbaliza melhoria com o ajuste da medicação e refere que está menos agitado e menos impulsivo. Inicia metilfenidato 36 mg (concerta)

Em relação à intervenção não farmacológica, contemplada nas intervenções e competências do EESMP (F4)¹, Artur integrou o grupo terapêutico “CRESCER”.

Inicialmente Artur apresentava comportamento opositivo, com grande resistência na formulação de regras, e desafiando o cumprimento das mesmas. Mantinha discurso centrado em vivências de agressividade no grupo, com comportamento de intimidação com os pares, destabilizando a dinâmica do mesmo. Com grande necessidade de mediação por parte do enfermeiro, e por momentos na dinâmica com necessidade de intervenção mais dual e de mediação dos comportamentos desajustados.

Atualmente apresenta-se mais calmo e tranquilo, com interações positivas com os pares e mais ajustado na relação com o outro. Promovidos momentos de interação, partilha e reflexão, e com intencionalidade terapêutica fui mobilizando atividades ao encontro do seu gosto.

Antecedentes e Caracterização da Família

Conhecer a estrutura da família, compreender como os elementos se organizam e interagem com o ambiente e entre si, tal como situações de risco, padrões de vulnerabilidade, bem como os seus problemas de saúde, apresenta-se como processo vital ao planeamento de cuidados à criança/adolescente e à família (Mello, et al, 2005).

¹F4 - Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Representação de Genograma

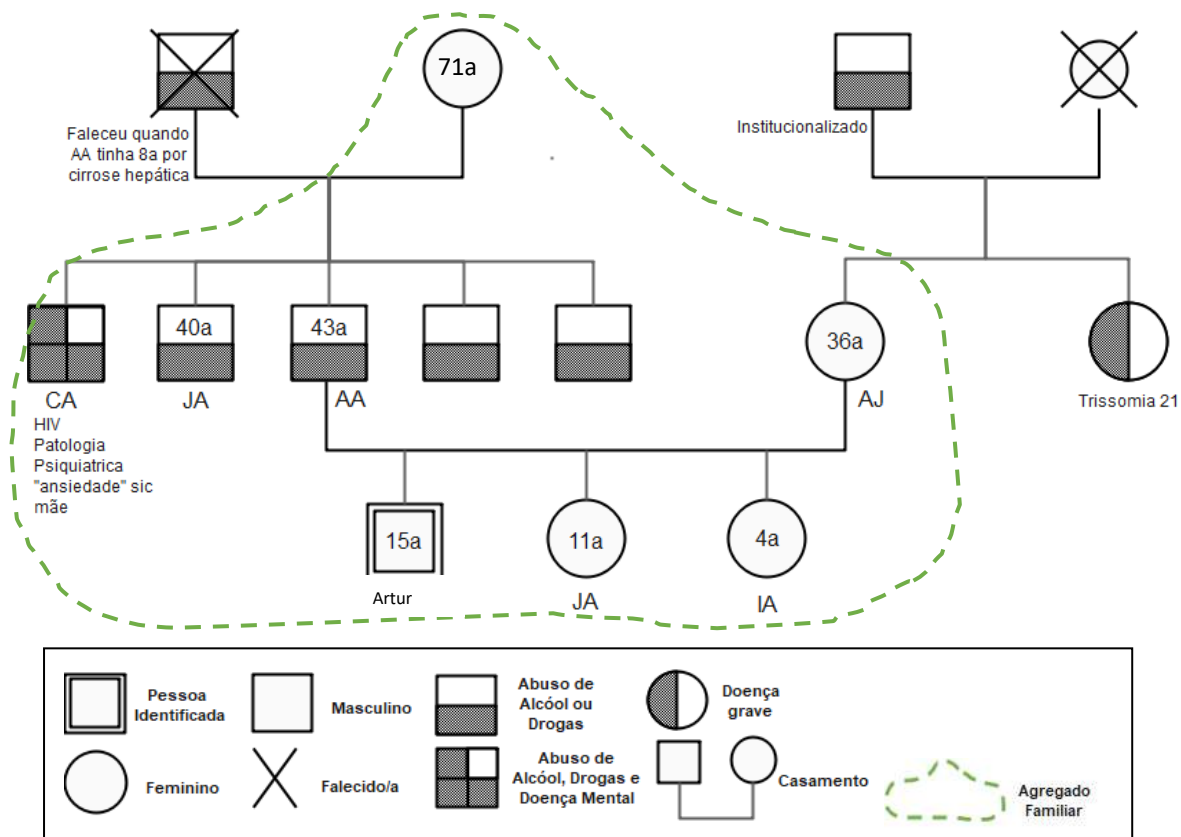


Figura 1- Genograma

Atualmente, Artur vive com os pais e as duas irmãs, na casa da avó paterna, onde também vivem quatro tios paternos. No total são 10 pessoas, numa casa com 3 quartos, “dormimos todos mal, não é nada fácil, ele dorme do quarto do tio, as meninas dormem connosco!”sic

O pai: AA, 43 anos, Português, caucasiano, 2º ano de escolaridade, atualmente desempregado e sem subsídio de desemprego. Segundo a mãe de Artur, teve epilepsia na infância e tem consumo de álcool, atualmente mais controlado. A mãe: AJ, 36 anos, Portuguesa, caucasiana, 6º ano de escolaridade, desempregada, saudável, não tem contacto com familiares.

As irmãs: JA, 11 anos, frequenta 6º ano de escolaridade, saudável, aparentemente com bom desenvolvimento psico-motor. IA, 4 anos, frequenta o jardim de infância, saudável.

Os quatro tios de RA: segundo a mãe com idades compreendidas entre os 35 e os 50 anos, quase todos desempregados, todos com história de consumos de álcool e drogas. O tio CA, tem diagnóstico de HIV e é seguido em psiquiatria. JA é o tio preferido de Artur, tem 40 anos de idade e partilha o quarto com este. A família do lado paterno tem pouca escolaridade e muitas dificuldades de aprendizagem “ninguém conseguiu mais do que o 4º ano!”sic.

O avô paterno: faleceu quando o pai AA tinha 8 anos de idade, com cirrose hepática. Artur gosta muito da avó paterna. Desconhece a idade da mesma e patologias relevantes, “ela tem-nos ajudado muito!”sic.

Representação de Ecomapa

O ecomapa é representado por um diagrama das relações da família e a comunidade, ajudando a avaliar as redes de suporte e apoio social, disponíveis e utilizadas por esta. É com esta representação que se compreende a presença ou ausência de recursos, sociais, económicos, culturais, num dado momento do ciclo vital, tratando-se de um processo dinâmico (ibidem).

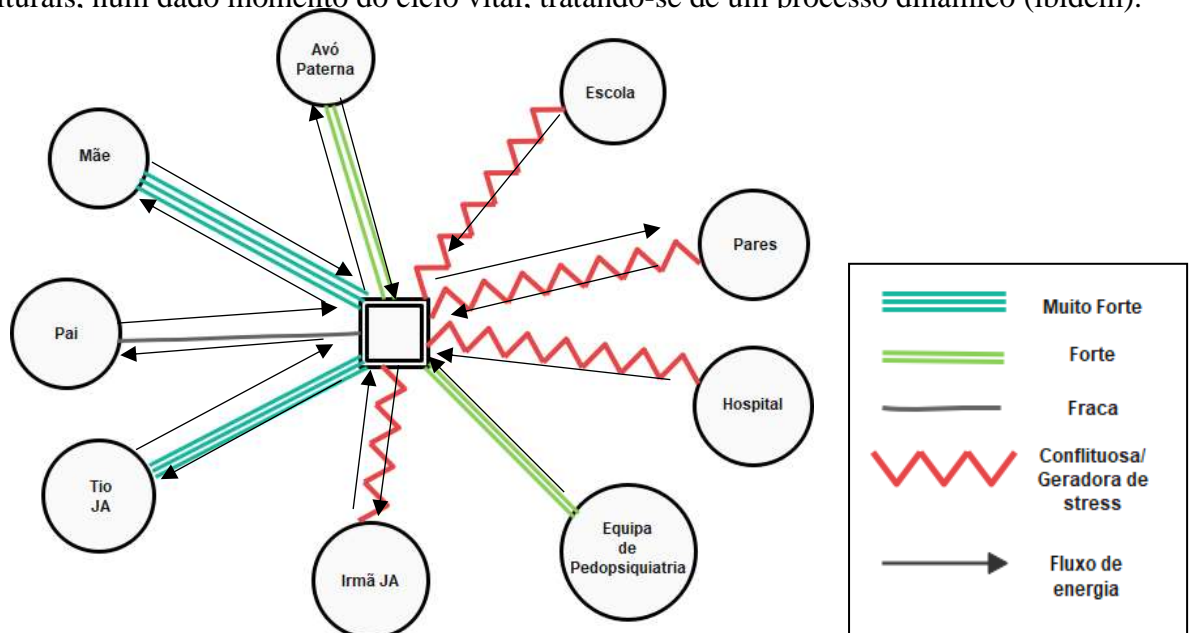


Figura 2- Ecomapa.

Nesta representação, constata-se no atual momento, a escassa rede de recursos e apoios sociais utilizados pela família e Artur, onde apenas estabelecem uma relação forte com o Serviço de Pedopsiquiatria, onde a família refere sentir-se apoiada: “têm sido a minha boia de salvação, de resto estamos sozinhos, não sinto que haja respostas de outro lado. Ele deixou de querer ir às consultas no hospital, mas aqui até vem... tem gostado de vir às terapias!”sic (mãe).

Segundo Mello, et al. (2005) quando se constata que uma família detém poucos recursos e fracas conexões à comunidade, necessita de uma maior atenção, investimento do profissional de enfermagem em intervenções que assistam a pessoa e família, na procura de novas conexões, estabilização de relações prévias e articulação com os recursos.

Compreende-se então, esta ligação conflituosa com o Hospital, uma vez que este deixou de querer ir às consultas no mesmo, desde 2016. Fica patente também a relação geradora de

stress com a escola e conflituosa com os pares “eles gozam comigo e eu dou-lhes porrada!”sic e com a sua irmã JA. Por outro lado, tem uma ligação muito forte com mãe e o tio JA.

Compreende-se uma ligação forte com a avó, “gosto dela, arranja-me o meu urso!”sic, todavia a ligação com o pai, parece não haver diferenciação de papéis. Artur verbaliza: “o meu pai dava-me gomas para eu mentir à mãe e dizer que ele tinha ido trabalhar!”sic

Representação de Psicofigura de Mitchell

A psicofigura de Mitchell, referenciada por Caeiro (1991) citado por Figueiredo (2009) é um instrumento que permite avaliar a componente desenvolvimental da família, através da representação das interações/relações inter-familiares, percecionadas pelos membros.

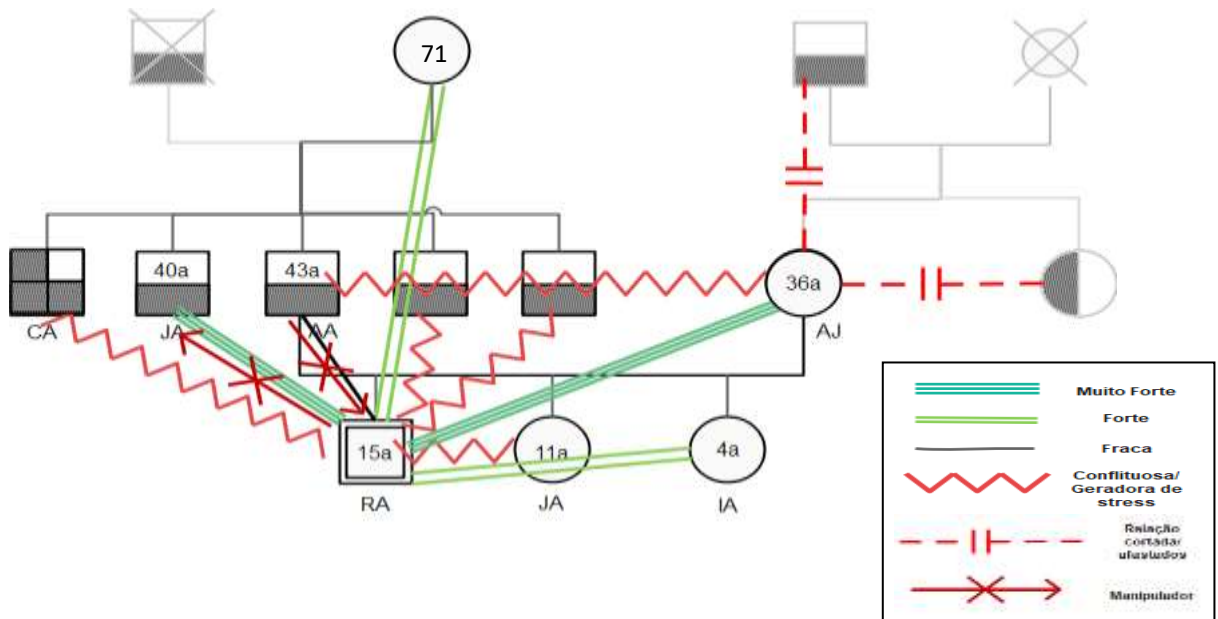


Figura 3 – Psicofigura de Mitchell

Uma vez referenciadas algumas relações de Artur na representação do ecomapa anteriormente apresentado, cabe-me apenas referir, que segundo a mãe, não tem qualquer relação próxima com a sua irmã e o seu pai. Da apreciação global, salienta-se muitas relações conflituosas no agregado familiar, tornando um ambiente pouco securizante para Artur, que assiste e é exposto aos conflitos entre o pai e a mãe, tios e irmã, “piorou muito com a quarentena e o confinamento!”sic (mãe). A relação com o pai, aponta para um vínculo provavelmente disfuncional.

ANÁLISE SEGUNDO A TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS

Fundamental e central à enfermagem, a transição ganha singular importância, na medida em que se centra na pessoa, assistindo-a ao longo do seu ciclo de vida. Assim sendo, transição, derivada do latim *transitióne*, que significa o ato/efeito de passar de um lugar/estado /assunto para o outro (Meleis, et al, 2010). Neste sentido, ao longo da vida, a pessoa experimenta fases de mudança/transição, marcadas por alterações de uma fase, estado ou condição, para outra, caracterizando-se por períodos de instabilidade, antecidos e sucedidos por momentos de estabilidade (Meleis, 2010), remetendo para fenómenos de adaptação da mudança ou rutura (Murphy, 1990). Percebendo estas transições que a pessoa experimenta ao longo da vida, com todas as suas implicações e resultados, *Afaf Ibrahim Meleis*, elabora a sua teoria - *Transitions Theory*, onde a natureza da transição, as condições da transição e os padrões de resposta face à transição, se constituem nas três dimensões chave. (ANEXO I)

A transição é desencadeada por uma mudança no estado de saúde, habilidades, expectativas ou nos papéis relacionais, e é por si só um processo que se realiza no tempo, envolvendo a vivência e implicando desenvolvimento de novos papéis, relações ou competências. A forma como estas ocorrem, depende da sua natureza, da condição em que sucedem, sejam elas inibidoras ou facilitadoras, e dos padrões de resposta da pessoa ao fenómeno de transição. (Meleis, 2010)

Assumida como área de atenção pelo EESMP, onde no cerne da sua prática de cuidados está a pessoa e às suas reais necessidades, permite que este, detentor de competências, desenvolva um conjunto de intervenções, das quais resultam cuidados holísticos e eficazes face às mudanças de vida que o indivíduo/família vivenciam. Assim, favorecer transições saudáveis no adolescente em sofrimento mental, constitui-se um grande desafio.

Seguidamente apresento e fundamento as três dimensões da teoria, de forma a compreender os fenómenos de transição presentes, e assim compreender o papel do enfermeiro como facilitador nestes mesmos processos. O quadro resumo apresentarei em APÊNDICE 1.

A adolescência, fase de desenvolvimento onde se situa Artur, é palco de transição, de criança a adulto – *transição de desenvolvimento*, onde é esperada uma redefinição de papéis, abandonando o papel de criança, adquirindo novas construções e desempenhos. Palco de grandes desafios e transformações, esta fase da vida, é por si só um momento de crise (Coimbra de Matos, 2012).

A mudança da família nuclear, para a casa da avó paterna, onde também coabitam mais quatro tios de Artur, o próprio confinamento devido à situação pandémica que também por sua vez resultou no desemprego dos progenitores, pode ser considerada uma *transição situacional*.

Ainda no que concerne à natureza das transições, Artur apresenta comportamentos disruptivos, agressividade e impulsividade marcada, na relação com o outro, oferecendo-lhe uma disfuncionalidade no estabelecimento de relações inter-pessoais, familiares e sociais. Segundo Pena (2011) citando Alencastre & Moreno (2003), a agressividade, a impulsividade e baixa tolerância à frustração, as dificuldades de aprendizagem, o desinteresse pela escola, as dificuldades nos relacionamentos sociais e/ ou familiares, alterações de comportamento, nomeadamente agitação, irritabilidade, rebeldia/ desobediência, inibição/ introversão, comportamentos autolesivos/ tentativas de suicídio, depressão, entre outros, são as principais alterações relatadas por pais de adolescentes em sofrimento mental. Estes comportamentos inadaptativos de Artur, poderão levar a vivenciar uma nova transição, passando de uma condição saudável para uma condição de doença – *transição saúde-doença*.

Estes três tipos de transição vivenciadas por Artur, estão a ocorrer em simultâneo, e assim sendo é fundamental que o enfermeiro esteja atento às mudanças que se vão operando, podendo ou não estar relacionadas todas entre si.

As dimensões da consciência, envolvimento, mudança, entre outros, são propriedades que as transições podem apresentar. Nos primeiros contatos com Artur, em entrevista individual e em contexto grupo terapêutico, este apresentava fraco insight e crítica para os seus estados emocionais, embora atualmente mais atento aos mesmos e com crítica parcial para as situações de desregulação – *consciencialização*. Progressivamente mais envolvido e disponível na relação com o outro e em processo terapêutico, tem demonstrado maior empenho e motivação na resolução de problemas – *envolvimento*. Por sua vez a mãe reconhece que o quadro progressivo de maior irritabilidade, comportamentos opositivos e auto e heteroagressividade, está relacionada também com a mudança da família nuclear para a casa da avó paterna, com perturbações nas relações e rotinas, ideias, perceções e identidades -*mudança*. Segundo esta, o ambiente familiar em casa da avó não é o ideal para os filhos, é conflituoso, menciona que os familiares “contrariam-na frequentemente à frente das crianças” sic, o que potencia a dificuldade na definição /manutenção de regras e limites, prejudicando toda a dinâmica familiar.

No que diz respeito às *transições de ordem pessoal*, destaco como fator facilitador, o fato de Artur já apresentar crítica parcial para as alterações de comportamento e está mais atento aos seus estados emocionais. Por sua vez, também destaco o empenho e esforço por parte da

mãe em fazer com que Artur cumpra regras, em falar com a restante família para mudar rotinas para que as mesmas não perturbem a do filho (ex: horário de sono). De outro modo, como fatores inibidores, remeto para a baixa tolerância à frustração e impulsividade marcada de Artur, produzindo por sua vez efeitos negativos no processo de transição, dificultando as possibilidades de minimizar o sofrimento mental deste e por sua vez recuperar o bem-estar.

Relativamente às *condições de transição da comunidade*, destaco como fator facilitador, a articulação com a psicóloga da escola, a avaliação e discussão do “caso” em equipa multidisciplinar e a articulação com a assistente social, que por sua vez tem feito a ligação com a camara municipal, contribuem também para o sucesso terapêutico. Por outro lado, o fato da escola no contexto atual não apresentar recursos humanos suficientes para dar resposta às necessidades, o fraco suporte social, com inexistentes respostas sociais, apresentam-se como fatores inibidores ao processo de transição. Uma outra condição de vulnerabilidade são as condições socioeconómicas baixas. A mãe aceita a ajuda dos recursos da comunidade.

O terceiro e último domínio da teoria, diz respeito aos *padrões de resposta* face às transições. Indicador de um processo positivo, a necessidade de *sentir-se ligado*, está presente uma vez que é feito um trabalho de parceria, proximidade e envolvimento com a família. Demonstrei à família e Artur disponibilidade e acesso aos profissionais da equipa, onde estes recorrem muitas vezes, “tem sido a minha boia de salvação” sic (mãe) Segundo Meleis (2010), interações positivas e a procura dos profissionais, representa um excelente indicador de experiência positiva do fenómeno de transição. Contudo inicialmente, Artur apresentava dificuldade em *interagir* com o grupo de pares no grupo terapêutico, necessitando que as relações fossem mediadas pelo enfermeiro, com estratégias de *coping* ineficazes, com dificuldade em gerir a frustração. A confiança e adaptação – coping, é outra dimensão que também pode influenciar o sucesso da transição, e no caso de Artur, com o evoluir da intervenção avalio já alguma adoção de estratégias de *coping* e adaptativas (vide Plano de cuidados Diagnóstico de Enfermagem *Coping* comprometido).

No entanto, como *indicadores de resposta*, Artur vai estando progressivamente mais calmo e adequado na interação com o outro; nas atividades terapêuticas de grupo, com maior envolvimento nas mesmas, já sem necessidade de mediação por parte do enfermeiro nas interações que estabelece com os seus pares; menos centrado na temática da agressividade e demonstrando empatia com os elementos do grupo. Segundo a mãe, tem estado mais calmo e progressivamente o ambiente familiar também tem melhorado. Sem comportamentos de auto e heteroagressividade. Menos impulsivo. “ele até tem ajudado lá em casa... quer me ajudar nas

compras, a fazer o jantar... no outro dia fiquei muito contente, a irmã estava doente e ele preocupou-se com ela!”sic

Assim, após análise e discussão segundo a teórica ancorada, emergem focos/necessidades, onde o EESMP tem aqui um papel fulcral em promover/facilitar/capacitar uma transição mais equilibrada e harmoniosa junto do adolescente em sofrimento mental. Este, detentor de uma compreensão singular do fenómeno de sofrimento e de quanto isto implica no projeto de vida do indivíduo, desenvolve conhecimentos e vivências que lhe conferem competências, e que por sua vez lhe permitem mobiliza-se como instrumento terapêutico, junto do individuo em sofrimento.

Esta multiplicidade de manifestações de sofrimento mental de Artur, exige uma grande diferenciação de diagnósticos de enfermagem e implementações de intervenções adequadas, que serão apresentados seguidamente.

PLANOS DE CUIDADOS

Os planos de cuidados que se seguem, obedecem à taxonomia CIPE. Levanto como diagnósticos de enfermagem (ICN, 2017): *Coping* Comprometido; Cognição Comprometida; Comportamento Interativo Comprometido; Processo Familiar Comprometido; Autocontrole Comprometido; Sono Comprometido; Risco de Não Adesão; Risco de Comportamento Autodestrutivo; Stress do cuidador elevado (mãe); Culpa. Apresento abaixo quatros, dos dez diagnósticos levantados, embora considere que todos seriam pertinentes de ser apresentados.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
<i>Coping</i> Comprometido	<i>Coping</i> efetivo/melhorado	<ul style="list-style-type: none"> - Promover momentos de interação, partilha e reflexão individuais e em grupo (“CRESCER”), indo ao encontro dos seus interesses e gostos (música e jogos); - Facilitar a capacidade de comunicar sentimentos e emoções, através de momentos de partilha em grupo, utilizando recursos e mediadores terapêuticos; - Identificar com Artur, fatores precipitantes e estratégias adaptativas que utiliza em situações de crise; - Explorar com Artur e oferecer estratégias adaptativas e ajustadas, evitando, dar a solução para/do problema; - Encorajar à expressão de emoções e sentimentos vivenciados nos momentos de crise; - Ajudar Artur a identificar as repercussões/consequências dos seus comportamentos; - Encorajar e reforçar positivamente, ajudando Artur a reconhecer o esforço e progresso na adoção de estratégias adaptativas ajustadas; 	<p>Emerge em contexto de individual e de grupo, vivencias disruptivas de Artur na escola e com os familiares. Inicialmente, apresenta-se muito pouco disponível para explorar e desconstruir estes comportamentos, não consegue identificar estratégias adaptativas nem as consequências dos mesmos. Artur apresentou estratégias de <i>coping</i> ineficazes, com dificuldade em gerir a frustração, impulsivo e com fraco insight e critica. Integrando o grupo, este progressivamente nos momentos de interação, já era capaz de identificar fatores precipitantes e estratégias adaptativas a momentos de crise em casa. Refere que nos momentos em que os tios o irritam, ouve música, e às vezes tenta dar “socos numa almofada” sic Já identifica as consequências dos seus comportamentos. De ressaltar que a música foi um dos mediadores utilizados no contexto grupal, que fez emergir mais sentimentos e emoções em Artur.</p>

<p>Cognição Comprometida</p>	<p>Cognição efetiva/melhorada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover momentos de interação, partilha e reflexão individuais e em grupo (“CRESCER”), indo ao encontro dos seus interesses e gostos (música e jogos); - Planear e desenvolver atividades de estimulação cognitiva; - Planear e desenvolver atividades de estimulação da memória e atenção; - Ensinar/instruir sobre a importância do desenvolvimento de atividades e técnicas de estimulação cognitiva, indo ao encontro dos seus gostos (por exemplo ler um livro de uma temática que goste) 	<p>Artur apresenta dificuldades ao nível da função cognitiva (dados psicométricos anteriores descritos). Atualmente na atividade escrita, grandes dificuldades, com uma caligrafia muito irregular, alguns erros ortográficos e com dificuldade de organização dos conteúdos. Foram desenvolvidas atividades com várias técnicas de estimulação cognitiva e auditiva, memória e atenção. Realizados jogos interativos (quiz de logotipos e marcas, descobre que som é este? O que sinto?). Participou com grande entusiasmo, com alguma dificuldade em conseguir nomear a atividade que estava por de trás do som. Muita dificuldade em nomear emoções, na atividade onde se colocaram diferentes músicas de ritmos, sons e melodias diferentes, onde os jovens teriam de verbalizar o que sentiam ao ouvir.</p>
<p>Comportamento interativo comprometido</p>	<p>Comportamento interativo efetivo/melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir o ambiente físico e dinâmica terapêutica; - Promover interações positivas entre os pares no grupo; - Vigiar as interações com o grupo, equipa e família; - Mediar se necessário as interações com o grupo, equipa e família; - Reforçar positivamente comportamentos ajustados; - Ensinar/instruir mãe para reforçar positivamente as interações positivas de Artur com os familiares; 	<p>Inicialmente, apresentava dificuldade em interagir com o grupo de pares no grupo terapêutico, necessitando que as relações fossem mediadas pelo enfermeiro. Com comportamento de desafio, não querendo cumprir regras e não deixando os outros elementos participar, sobrepondo-se quando queriam dar a sua opinião. Progressivamente no grupo com interações mais ajustadas. Mãe refere melhoria no comportamento de Artur no ambiente familiar.</p>

<p>Processo familiar comprometido</p>	<p>Processo familiar efetivo/melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer relação de confiança com Artur, em momentos individuais e em grupo, e manter a parceria com a família (mãe); - Avaliar e compreender a dinâmica familiar, a qualidade das relações e como os membros atuam enquanto indivíduos e enquanto unidade familiar (vide Psicofigura de Mitchell); - Promover momentos de interação, partilha e reflexão com a família / reuniões familiares, neste caso com a mãe; - Manter a vigilância da interação de Artur com a mãe, mediando sempre que necessário; - Atuar em parceria com a mãe para estabelecer um padrão de atuação em momento de crise; - Ensinar/instruir acerca da importância de se estabelecer limites e regras claros previamente, definindo consequências (de curta duração mas dirigidas aos seus interesses) quando não cumpridos; - Ensinar/instruir/capacitar a mãe para reforçar positivamente as interações positivas de Artur com os familiares, com objetivo de diminuir o comportamento negativo e reforçar para a manutenção e aumentar o comportamento positivo; - Programar integração da mãe no próximo programa de competências parentais “Mais família, Mais jovem “. - Motivar a mãe a envolver o pai e articular com familiares. 	<p>Em entrevista individual com a mãe e com Artur, foi possível fazer a avaliação da família e compreender as suas relações e dinâmicas, representada na Psicofigura de Mitchell. Apurou-se muitas relações conflituosas com vários elementos da família, tios, irmã, e mesmo entre o próprio casal, e segundo a mãe “não é o ambiente melhor para os seus filhos!”sic. No entanto como fator protetor, a mãe reconhece isto e está empenhada na mudança. Procura apoio na equipa e aceita participar no próximo grupo de pais, para poder ajudar Artur também.</p> <p>Inicialmente, em sala de espera e na dinâmica em gabinete com a mãe e com Artur: interrompe constantemente a mãe e esta não consegue colocar limites de forma assertiva. Comportamento desafiador em relação à mãe, não querendo cumprir regras. Com necessidade de mediar a relação entre ambos.</p> <p>Tanto a mãe em entrevista, como Artur no grupo, partilham vivências de conflitos e momentos de crise, com os tios e com a irmã deste. Mãe nega violência na família.</p> <p>Atualmente a mãe refere que está mais calmo e que até já quer ajudar nas tarefas de casa, “ele está mais calmo e o resto da família também...tenho elogiado e tenho estado mais tempo com ele... tento dar ordens mais claras e regras...”sic. Observo que Artur tem um contato mais afável com a mãe.</p>
--	--	---	--

CONCLUSÃO

O percurso até então construído e a realização do presente estudo de caso, vêm consolidar o *términus* de mais uma etapa, no processo de aquisição de competências do EESMP. Apraz-me encarar o mesmo, com a complexidade que lhe está subjacente, onde ancorada a referenciais teóricos e ao conhecimento aprofundado da criança/adolescente e família, chego às suas verdadeiras vivências, necessidades e transições, permitindo-me concretizar o presente processo de enfermagem.

Assim, enquanto futura EESMP, procurei realizar uma avaliação global de Artur e família, que me permitiu desenvolver uma descrição clara da sua história de saúde, com ênfase na história de saúde mental. Mobilizando-me como instrumento terapêutico, recolhi e organizei informação necessária e pertinente, através de: revisão de registos em processo clínico do adolescente; entrevista, num primeiro momento em dinâmica com a mãe e adolescente, num segundo momento individual; nas sessões em contexto de grupo psicoterapêutico; nas reuniões multidisciplinares, apresentando o estudo de caso em sessão clínica e articulando com toda a equipa (APÊNDICE II).

Ancorada ao referencial teórico de *Afaf Ibrahim Meleis*, procurei avaliar e analisar os fenómenos de transição presentes em Artur e família, avaliando a natureza das mesmas, os fatores facilitadores e inibidores, e analisando padrões de resposta. Em suma, compreendendo o papel do enfermeiro como facilitador nestes mesmos processos, mobilizei o meu cuidar, tendo em conta as características e singularidades de Artur e família, compreendendo a essência da vivência/transição, analisando as suas potencialidades e delineando estratégias que favorecessem os processos de transição de uma forma mais saudável, melhorando a qualidade de vida destes. (Meleis, 2010)

Por conseguinte, desenvolvi planos de cuidados individualizados em saúde mental ao adolescente e sua família, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados, negociando o mesmo com Artur e sua mãe, e com a equipa multidisciplinar, fazendo em todos os momentos articulação com a mesma, no entrecruzar de conhecimentos e reflexões.

Fica patente, a importância da intervenção grupal, no encontro das necessidades psíquicas e afetivas de Artur, “facilitando a mentalização e o pensar, através do apelo à criatividade, à figuração psíquica e a articulação entre atos, afetos, sentimentos, ideias, pensamentos...” (Vidigal, 2005), no qual emergiram vivências únicas, num espaço contendor e securizante, que até então não tivera experienciado.

Integrando o grupo “CRESCER”, o qual tive o prazer de dinamizar e co-dinamizar, é espelhado em Artur, uma evolução muito positiva, tanto no seu comportamento, como nas interações grupais. Em parceria com a mãe, e em constante construção de uma relação de confiança e compreensão, fui empatizando as dificuldades que expressava, devolvendo esperança quanto à “autoridade perdida” e à natureza transicional e sistêmica do comportamento de Artur. Assim, centrando-me nas potencialidades tanto da mãe como do adolescente, fui trabalhando a relação com esta, reduzindo alguma culpa pelo que sentia quanto ao comportamento deste, contraria ao que a mãe me devolvia que sentia com as redes formais, nomeadamente com a escola, e com o que os familiares.

Uma vez que o ingresso da mãe no grupo de pais, do programa grupal de educação parental “Mais família, Mais jovem”, estaria projetado para um próximo grupo, fui desenvolvendo com esta alguns pontos importantes, nomeadamente, a reflexão das razões do comportamento do adolescente, entre outros. Isto também, graças à ancoragem feita, e aos construtos e conhecimentos trazidos do atual grupo de pais que estaria a findar, do qual me foi possível também participar (dinamizado pela Enfermeira Especialista e co-dinamizado Assistente Social).

Em vários momentos de contato com a mãe, fui devolvendo o feedback da participação e do envolvimento de Artur no grupo, e recebendo desta, melhorias no seu comportamento em casa e nas interações com os membros da família, nomeadamente com os tios e com a irmã JA.

Assim, dando conta de mim mesmo, enquanto instrumento terapêutico privilegiado na relação, facilitador dos processos de transição vividos pelo adolescente e família, espelhados neste processo de enfermagem... é sem dúvida desafiante ser Enfermeiro!

Neste *setting* de pandemia tão difícil para todos, cabe-me espelhar o dedicado esforço de Artur e de sua mãe, na partilha, na disponibilidade e na riqueza de todos os encontros, onde levavam genuinamente as suas vivências.

Devo também este caminho a toda a equipa no entrecruzar de conhecimentos das diversas disciplinas e de como estas, são a mais valia para o equilíbrio da avaliação de cada situação. Sinto um crescer conjunto, uma entrega de cada profissional em cada espaço de encontro, e assim foi, com esforço e dedicação em cada desafio que me permitiu chegar tão longe!

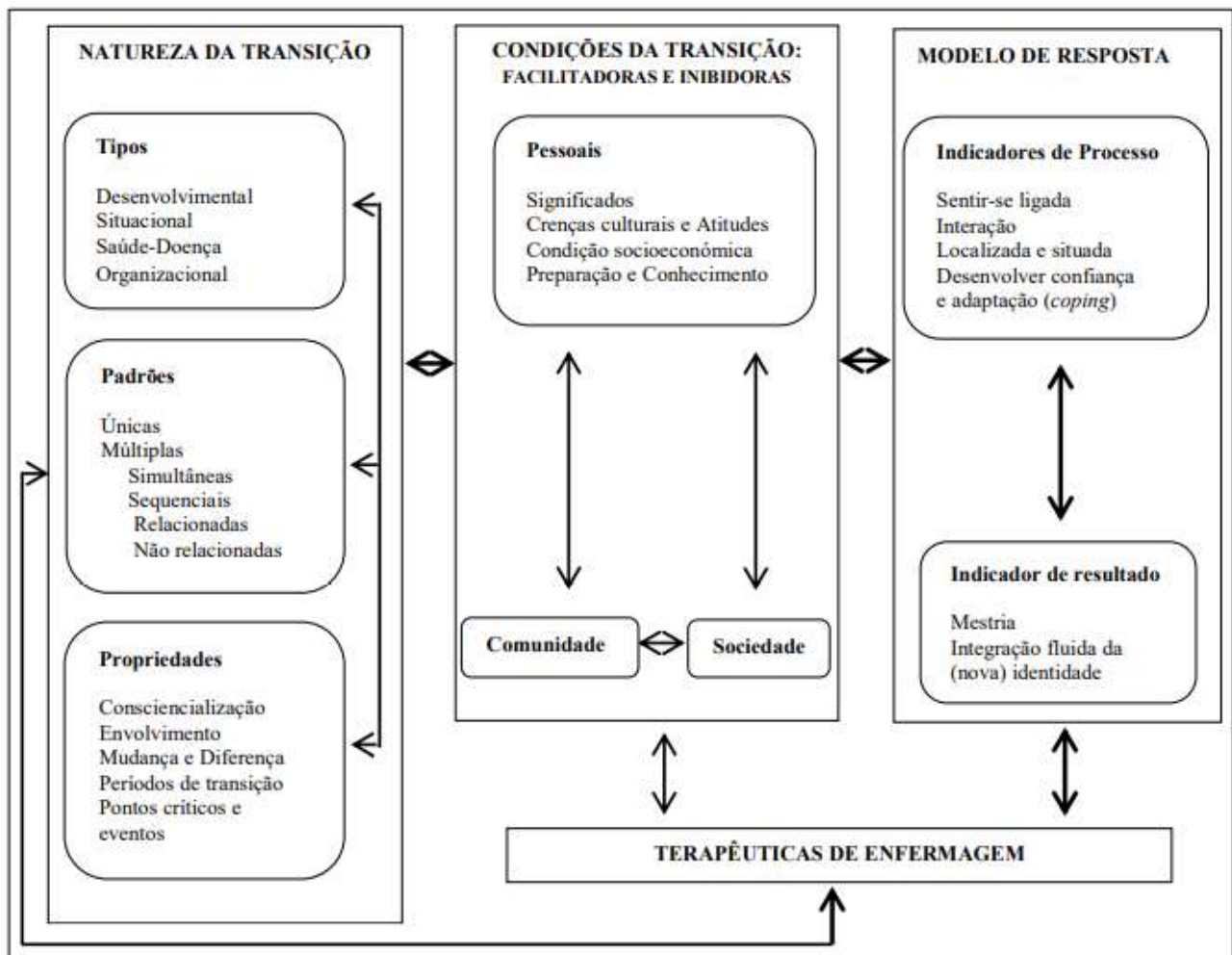
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CIPE (2017). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Artmed.
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção Terapêutica – Estratégias de intervenção*. Vol. 2. Lusodidata.
- Coimbra de Matos, A. (2012). *Mais amor, Menos doença: a psicossomática revisitada*. Climepsi Editores.
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto de cuidar*. [Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto. [Repositório Aberto da Universidade do Porto: Enfermagem de família: um contexto do cuidar \(up.pt\)](https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/10216)
- Figueiredo, M & Amendoeira (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*. IV (2), 102-107. [O ESTUDO DE CASO COMO MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM | Revista da UI_IPSantarém - Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém \(rcaap.pt\)](https://repositorio.inispa.ipsantarém.pt/handle/10216/10216)
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company,
- Meleis, A. I.; Sawyer, L.M.; Im, E.; Messias, D.K. & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Mello, D. et al (2005). Genograma e Ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*. 15 (1), 79-89. <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/download/19751/21816>.

- Murphy, S. A. (1990). Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. *Holistic Nursing Practice*, 4(3), 1-7.
https://journals.lww.com/hnpjjournal/Citation/1990/05000/Human_responses_to_transitions_A_holistic_nursing.3.aspx
- Pena, A. (2011). *Intervenções Expressivas em Grupo de Adolescentes em Sofrimento Mental*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16275/1/Relat%c3%b3rio_Ana%20Pena.pdf
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Regulamento n.º 515/2018 de 7 de Agosto de (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República, 2ª série, Nº 151 (2018-08-07), 21427 – 21430.
- Vidigal, M. (2005). *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes – Aprender a pensar*. Trilhos Editora.

ANEXO I:

Modelo das Transições- *Afaf Ibrahim Meleis*



Fonte: tradução adaptada de Meleis A. – Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice (2010, p.56)

APÊNDICES I:
Resumo da análise das três dimensões de Artur

Natureza das Transições		
Tipo de Transição	Padrões	Propriedades
<u>Desenvolvimental</u> Adolescência é palco de transição, de criança a adulto.	<u>Simultânea</u> As transições estão a decorrer em simultâneo.	<u>Consciencialização</u> Inicialmente nos primeiros contatos (entrevista individual e em grupo terapêutico), Artur apresenta fraco insight e crítica para os seus estados emocionais. Atualmente mais atento e com crítica parcial para as situações de desregulação.
<u>Situacional</u> Mudança da família nuclear (mãe, pai e irmãs), para a casa da avó paterna onde também coabitam mais 4 tios; confinamento devido a situação pandémica; desemprego e dificuldades económicas.		<u>Envolvimento</u> Progressivamente mais envolvido e disponível na relação com o outro e em processo terapêutico, demonstrando maior empenho e motivação na resolução de problemas.
<u>Saúde – Doença</u> Comportamentos disruptivos, com agressividade e impulsividade marcada, na relação com o outro; disfuncionalidade no estabelecimento de relações inter-pessoais.		<u>Mudança</u> A mãe reconhece que o quadro progressivo de maior irritabilidade, comportamentos de oposição e auto e heretoagressividade, está relacionado com a mudança da família nuclear para casa da avó paterna, com perturbações nas relações e rotinas, ideias, perceções e identidades.
Condições da Transição		
	Fatores Facilitadores	Fatores Inibidores
Pessoais	Apresenta crítica parcial para as alterações de comportamento e mais atento aos seus estados emocionais.	Baixa tolerância à frustração e impulsividade marcada;
Comunidade	Articulação com a psicóloga da escola de Artur; Avaliação e discussão do “caso” em equipa multidisciplinar; Articulação com assistente social e camara municipal.	Escola com pouco recursos humanos para dar resposta às necessidades pela situação pandémica. Fraco suporte social, sem respostas sociais. Condições socioeconómicas mais baixas são também condições de vulnerabilidade.

Padrões de Resposta Face à Transição	
Indicadores de Processo	Indicadores de Resultados
<p style="text-align: center;"><u>Sentir-se ligado</u></p> <p>Fazer um trabalho de parceria, proximidade e envolvimento com a família, é um bom indicador de processo; demonstrei à família e Artur disponibilidade e acesso aos profissionais da equipa, onde estes recorrem muitas vezes, “tem sido a minha boia de salvação” sic (mãe). A mãe reconhece que a equipa é um forte suporte para Artur e para a família.</p> <p style="text-align: center;"><u>Interagir</u></p> <p>Inicialmente, apresentava dificuldade em interagir com o grupo de pares, necessitando que as relações fossem mediadas pelo enfermeiro.</p> <p style="text-align: center;"><u>Desenvolver confiança e Coping</u></p> <p>Vide Plano de Cuidados – Diagnóstico de Enfermagem <i>Coping</i> comprometido.</p>	<p>Artur, vai estando progressivamente mais calmo e adequado na interação com o outro; nas atividades terapêuticas de grupo, com maior envolvimento nas mesmas, já sem necessidade de mediação por parte do enfermeiro nas interações que estabelece com os seus pares; menos centrado na temática da agressividade e demonstrando empatia com os elementos do grupo;</p> <p style="text-align: center;"><u>Insight da mãe</u></p> <p>Artur tem estado mais calmo e progressivamente o ambiente familiar também tem melhorado. Sem comportamentos de auto e heteroagressividade. Menos impulsivo. “ele até tem ajudado lá em casa... quer me ajudar nas compras, a fazer o jantar... no outro dia fiquei muito contente, a irmã estava doente e ele preocupou-se com ela!”sic</p>

Quadro 1 – Resumo da análise das três dimensões de Artur

APÊNDICES II: Apresentação do estudo de caso

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência

A HISTÓRIA DE DE ARTUR

ESTUDO DE CASO CASO

Docente Orientador:
Prof. Doutor António Nabais

Orientadora de Ensino Clínico:
Enfª Especialista Patrícia Baltar

Discente:
Ana Rita Pedrosa Palma

SUMÁRIO

2

- ▶ O Adolescente e a família
 - ▶ História de Enfermagem
 - ▶ Período Peri - natal /relação procece:
 - ▶ Primeira Infância
 - ▶ Segunda Infância
 - ▶ Terceira Infância
 - ▶ Adolescência

SUMÁRIO

3

- ▶ Análise segundo a teoria das transições de Afaf. Meleis
- ▶ Plano de Cuidados
- ▶ Intervenção farmacológica e não farmacológica
 - ▶ Grupo terapêutico "CRESCER"
- ▶ Conclusão
- ▶ Bibliografia

APÊNDICE II – Dinâmicas de Grupo Terapêutico “CRESCER”

Plano de Sessão - 1ª Sessão “CRESCER”

Tema: “Expressando-me” **Grupo-alvo:** 4 adolescentes **Local:** Sala de atividades terapêuticas

Dia: X **Hora:** 10:00 – 11:30 **Duração:** 90 min

Recursos Materiais: Folhas A4, canetas de filtro, revistas de várias temáticas, cola de papel, tesoura e coluna de música.

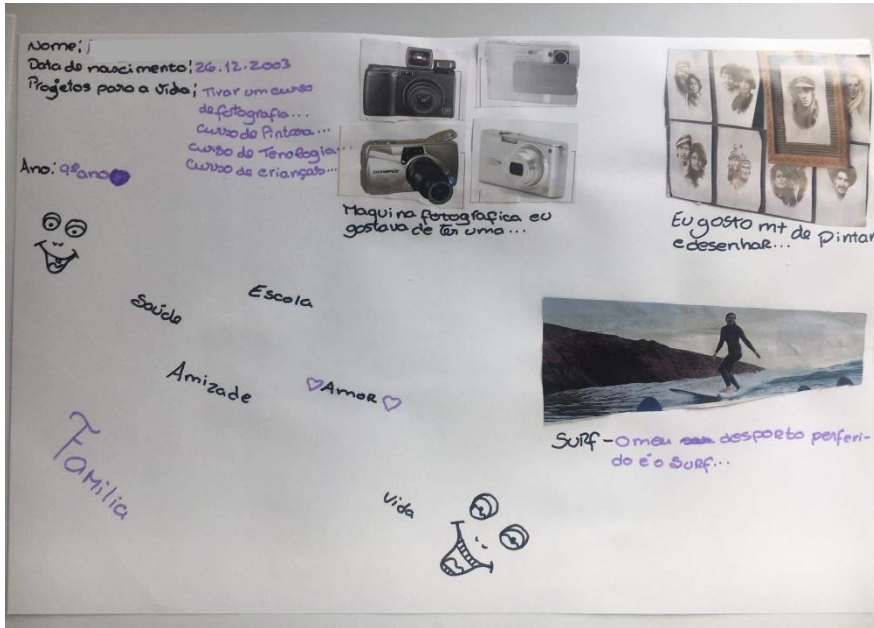
Objetivos:

- Promover a expressão de emoções e sentimentos;
- Promover a reflexão e autoconhecimento;
- Estimular a criatividade e a capacidade cognitiva;
- Promover a interação no grupo e a coesão do grupo;

	Atividade	Objetivo	Duração
Expressão Plástica e Música	Introdução	- Receber os adolescentes - Apresentação de cada adolescente ao grupo (dinâmica quebra gelo)	10 min
	Dar a conhecer a sessão	- Elaborar com o grupo princípios orientadores – regras. - Explicar finalidade e objetivos - Disponibilizar materiais	5min
	Realização do Autorretrato	- Promover a tomada de consciência de si	30 min
	Partilha	- Expressar emoções/sentimentos - Dar-se a conhecer ao grupo (apresentação dos autorretratos)	30 min
	Conclusão	- Avaliar a sessão (narrativas dos adolescentes)	15 min

Adolescentes		
Avaliação	Maria	Motivada e empenhada na atividade. Interagiu com os pares de forma adequada. Partilha com o grupo a sua produção. “Gostei muito desta atividade, ajudou-me a esquecer os problemas e a concentrar-me no que gosto de fazer.”sic
	Rui	Dificuldade em manipular a tesoura para recortar (dificuldade na motricidade fina acentuada para a faixa etária) e na organização espacial (cola elementos significativos fora da folha). Dificuldade em partilhar com o grupo a sua produção. “Fez-me bem vir aqui hoje, até me esqueci dos testes da escola e dos stresses de casa”sic
	João	Manteve comportamento de oposição, desinteresse e desmotivação “não quero, isto é uma seca...” sic, com não verbal congruente (mãos nos bolsos, fáceis fechado e cabisbaixo). Procurei mobilizar-me e ir ao seu encontro, recordando-me do que tinha verbalizado nos momentos iniciais de apresentação – o seu gosto em andar de bicicleta. Encontro a imagem de uma bicicleta e ofereço-lha, tentando procurar se era do seu gosto. Mostrando disponibilidade e escuta, posicionando-me e sentando-me ao seu lado, observo que gradualmente, João levantava o seu rosto, que até então estava maioritariamente focado na mesa. Olha nos meus olhos e acena-me que sim, que gosta do elemento que o ajudei a encontrar, mas por sua vez, mantendo a resistência, não querendo recortar. Esta resistência foi-se diluindo durante a atividade e progressivamente começava por folhear algumas revistas, que até então não o tinha

	<p>feito. Acabou por conseguir recortar e colar a bicicleta, encontrando também uma casa, “também gosto muito de estar em casa!”sic. Senti que a minha intervenção junto de João, se tornou impulsionadora e motivadora à sua participação, espelhando em mim um sentimento agradável de conquista. “Isto até que foi fixe!”sic</p>
<p>Artur</p>	<p>Discurso centrado nas suas experiências de agressividade com os pares em contexto escolar, verbalizando a agressividade como mediação e início de relações sociais - comportamento de intimidação face ao grupo, “só conheço os meus amigos se lhes bater... para saber se é meu amigo andamos à porrada... é o que eu gosto de fazer... por exemplo se eu te quiser conhecer e saber se gosto de ti, tenho de te bater!” sic (dirige este exemplo para João). Artur folheava as revistas de forma grosseira e ia verbalizando “isto é uma seca, não gosto de nada nestas revistas... não tem o que eu gosto, não tem mortes nem homicídios, portanto não vou recortar nada!”sic (volta a colocar as mãos nos bolsos). Com foco e intencionalidade, tentei explorar outras atividades que iam ao encontro dos seus gostos. Artur refere-me gostar de jogar no telemóvel e ouvir música com phones. Guiando-me pelo seu gosto de música, exploro as suas escutas musicais, os artistas favoritos e músicas que ouve, “gosto de ouvir trap e rap... gosto de Piruka, pode por aí no Youtube uma música que gosto?” sic. Após auscultado e questionado o grupo, é colocada a tocar a sua escolha musical, no telemóvel da Enfermeira Orientadora. Acredito que este momento, se presenteou como um “clic” para o seu envolvimento na criação, a música surge como elemento facilitador.</p> <p>Artur, vai ao ritmo da música, movendo o seu corpo e cantarolando “entre dentes”, a sua expressão corporal modifica-se, retira as mãos dos bolsos, arregaça as mangas do casaco apertado e pega novamente nas revistas, folheando-as de forma motivada e mais cuidadosa. Simbolicamente encontra uma imagem de uma bola de rãguebi com a seguinte frase: “A bola oval passa de mão em mão, à procura da vitória. Ao contrário do que parece, não vale tudo neste desporto.”, recortando-a e colando na sua folha, até então ainda em branco. Esta frase, levou-me a refletir, (sem interpretações, embora com a intersubjetividade que lhe está inerente), e a sentir a necessidade de reforçar esta escolha, devolvendo-lhe compreensão e suporte, ajudando-o conjuntamente a refletir, de que também neste desporto existem regras, e de quão importantes elas são. O tema agressividade que o Artur tanto verbaliza, tem aqui e agora, uma tomada de consciência de que existem regras e que estas são importantes para vivermos, ao contrário do que verbalizava no início da sessão, “oh... eu lá em casa também tenho 2 regras, limpar o quarto e fazer a cama!” sic.</p> <p>Acredito que o meu papel orientador e facilitador de compreensão interna, de escuta, de não julgamento, de reforço e suporte, foram essenciais e organizadores.</p> <p>Agora, envolvido e motivado complementa a sua produção com uma imagem de meninos a jogar, com as frases “Desporto”, “Eu gosto PS4 e de mim”, e no lugar de escrever o seu nome, escreve “Boss”.</p> <p>Aleada à música e ao mobilizar-me como instrumento na relação, foi como um fertilizante que me permitiu chegar até a Artur, como se de uma janela se tratasse, que me permitiu chegar ao outro, onde o mesmo ao expressar-se, me deu a possibilidade de conhecer o que o habita, explorando e ajudando-o a dar sentido à sua produção, enriquecendo e fertilizando a relação, traduzindo-se em benefícios terapêuticos. “Até curti, gostei de ouvir a minha música!”sic</p>



Produção de Maria



Produção de Rui



Produção de João



Produção de Artur

Plano de Sessão - 2ª Sessão “CRESCER”

Tema: “Se eu fosse presidente.” **Grupo-alvo:** 3 adolescentes

Local: Sala de atividades terapêuticas

Dia: Y **Hora:** 10:00 – 11:30 **Duração:** 90 min

Recursos Materiais: Folhas A4, canetas de filtro, revistas de várias temáticas, cola de papel, tesoura e coluna de música.

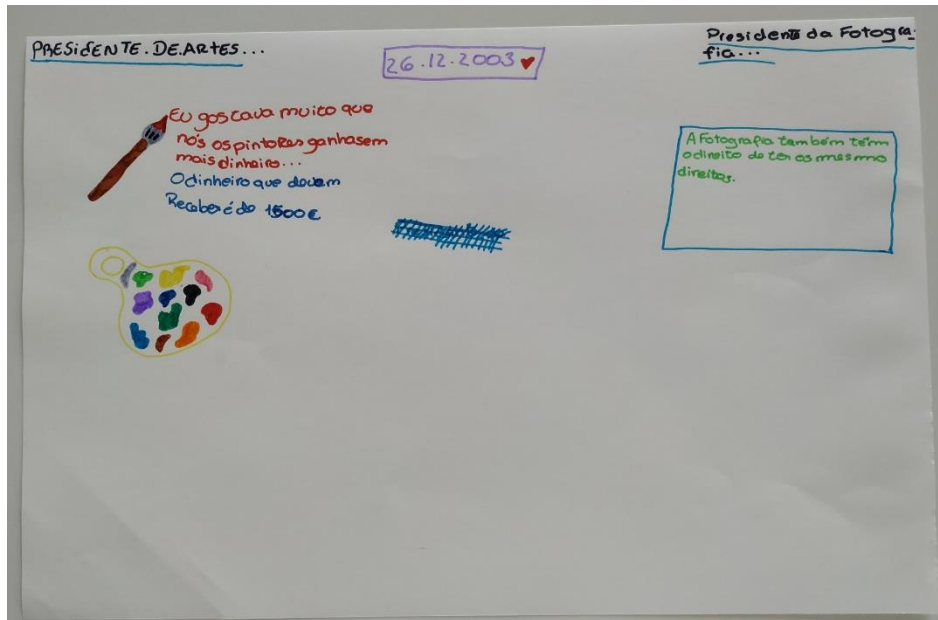
Objetivos:

- Promover a expressão de emoções e sentimentos;
- Estimular a criatividade e a capacidade cognitiva;
- Promover a interação no grupo e a coesão do grupo;

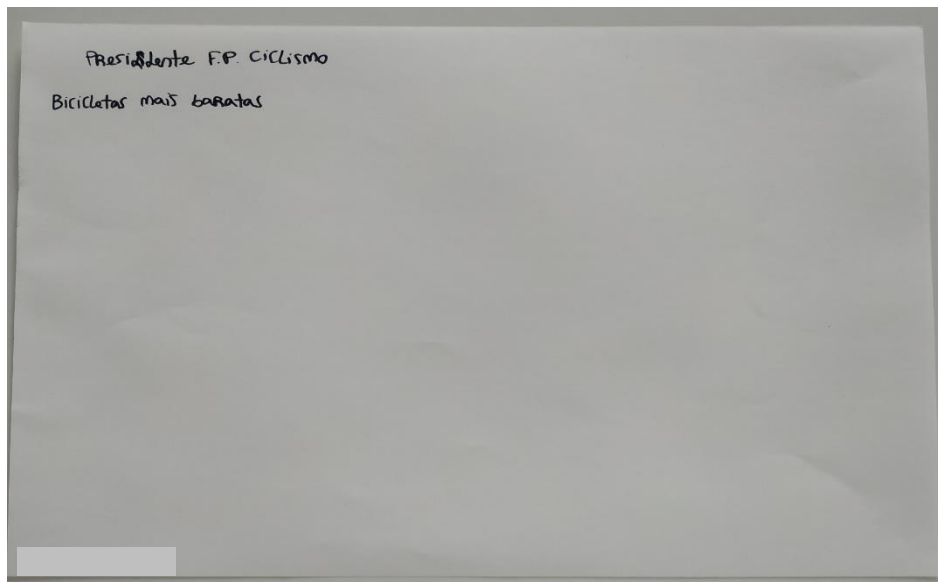
	Atividade	Objetivo	Duração
Expressão Plástica e Música	Introdução	- Receber os adolescentes - Conhecer e partilhar vivências da semana (dinâmica quebra gelo)	10 min
	Dar a conhecer a sessão	- Explicar finalidade e objetivos - Disponibilizar materiais	5min
	Realização da atividade	- Promover a expressão criativa e projeção futura - Promover a representação simbólica (aceder novo papel/estatuto)	30 min
	Partilha	- Expressar emoções/sentimentos - Expressar os seus gostos, prioridades e valores	30 min
	Conclusão	- Avaliar a sessão (narrativas dos adolescentes)	15 min

Adolescentes	
Avaliação	<p>Maria</p> <p>Motivada e empenhada na atividade. Com interações positivas e ajustadas com os pares. À medida que ia criando, interpretava o papel de Presidente, verbalizando: “Se eu fosse Presidente de artes, gostava que os artistas ganhassem mais dinheiro...” sic. Utiliza a escrita e o desenho para projetar os seus interesses e gostos, destacando alguns elementos significativos. Partilha com o grupo a sua produção. Quando estimulada a escolher uma música para ouvir em grupo, nomeia “a música da Sara... hoje menina amanhã mulher!”sic. Vai cantarolando e esboçando sorrisos, balanceando e dançando ao ritmo da canção. À medida que a música toca, verbaliza memórias e momentos remisscentes, focando perdas familiares e uma notória angústia quando refere “tenho muito medo de perder a avó por causa da pandemia!”sic Faz aflorar no restante grupo sentimentos de desconforto. No final da atividade, de forma a avaliar a mesma, partilha sentimento de “bem-estar, fez-me bem falar de coisas que me fazem sofrer, preciso de ser ouvida... ouvir a minha música ajudou-me, senti-me valorizada!”sic</p>
	<p>João</p> <p>Apresentou-se relutante em participar, de gorro na cabeça, de mãos nos bolsos, com comportamento de oposição, refere que: “não me apetece... não quero ser presidente...sei la!”sic Procurei explorar os seus interesses, mas o seu não verbal era cada vez mais congruente com o comportamento opositivo, apresentando-se de fáceis fechado, discurso provocado, hipofónico e pouco perceptível atrás da máscara cirúrgica.</p>

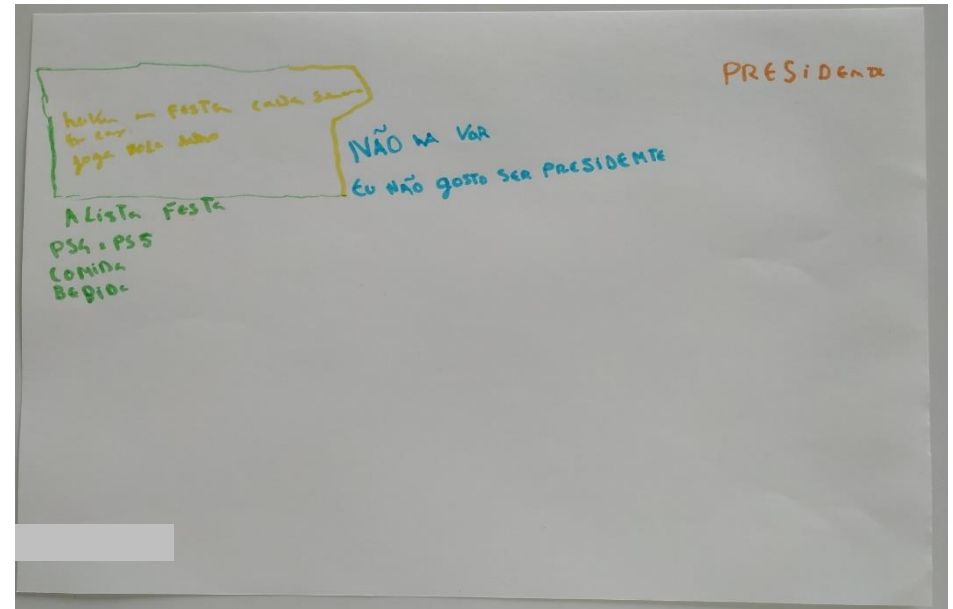
	<p>Manteve comportamento de oposição, desinteresse e desmotivação praticamente toda a atividade. Com fraca interação com o grupo e recusa partilhar a sua produção.</p>
Artur	<p>Em sala de espera, encontra-se acompanhado da sua mãe, com uma postura de constante desafio para com esta, tenso e oferecendo alguma resistência em querer participar na sessão, “obrigas-me a vir para estas cenas... não me apetece, não quero!” sic. Esta interação é vista por mim como uma oportunidade. Vou ao encontro de Artur e da mãe e reforço positivamente a sua adesão, devolvendo um feedback positivo em relação à participação deste na última sessão do “CRESCER”, elogiando-o com um sorriso, contato visual e entusiasmo. Ao reforçar positivamente esse comportamento, e ao colocar o foco no “positivo”, reconheci surpresa no não verbal da mãe, espelhando em Artur, motivo de orgulho.</p> <p>Favorecendo o envolvimento, escuta ativa, promovendo uma relação de confiança e empatizando com as suas dificuldades, sinto que estava a caminhar num sentido de construção de relação, e de maior disponibilidade por parte do adolescente. Assim, encorajo a sua participação, onde este acaba por ceder e aceitar, ainda com alguma contrariedade, “lá vou eu... que grande seca!”sic. Acredito que poderia explorar as suas preocupações, mas as limitações do momento, do espaço em si, sem privacidade (corredor), não eram favoráveis. Agarrei a oportunidade e acompanhei então Artur até à sala de atividades.</p> <p>Na atividade, inicialmente apresentou comportamento de oposição, desinteresse e desmotivação, no entanto no momento em que é estimulado a escolher uma música para ouvir em grupo, desmobiliza o comportamento opositivo e demonstra mais interesse. Numa atitude de permanente reforço e estímulo, vou explorando os elementos e os conteúdos que o adolescente vinha trazendo para o espaço transicional, tentava motiva-lo a criar e a escreve-los, “não me apetece escrever nada... eu não gosto de ser presidente, mas se pudesse ser, era presidente de festas, tinham de levar comida e a PS4 e a PS5, e era todas as semanas.”sic Partilha com o grupo, de forma ajustada vivencias da escola e da família. No final da dinâmica refere “gostei muito!”sic</p>



Produção de Maria



Produção de João



Produção de Artur

Plano de Sessão - 3ª Sessão “CRESCER”

Tema: “Música, corpo e movimento” **Grupo-alvo:** 3 adolescentes

Local: Sala de atividades terapêuticas **Dia:** Z **Hora:** 10:00 – 11:30

Duração: 90 min **Recursos Materiais:** Coluna de som.

Objetivos:

- Promover a expressão de emoções e sentimentos;
- Estimular a criatividade, a capacidade cognitiva e sensorial;
- Promover a interação e coesão do grupal;

Música, corpo e movimento	Atividade	Objetivo	Duração
	Introdução	- Receber os adolescentes - Conhecer e partilhar vivências da semana (dinâmica quebra gelo)	10 min
	Dar a conhecer a sessão	- Explicar finalidade e objetivos	5min
	Realização do sociograma	- Promover a expressão criativa - Promover interação e coesão grupal	30 min
	Partilha	- Expressar emoções/sentimentos	30 min
	Conclusão	- Avaliar a sessão (narrativas dos adolescentes)	15 min

Sociograma

(Uma linha imaginária na sala, a direita ocupa o lugar do “Não” e a esquerda ocupa o lugar do “Sim”, de acordo com a pergunta que é feita pelo dinamizador, os adolescentes mobilizavam-se na sala para o lugar da resposta.)

- 1 Quem gosta de futebol?
- 2 Quem gosta de ouvir música?
- 3 Quem toca um instrumento?
- 4 Quem gosta de ir à escola?
- 5 Quem sente dificuldade em fazer atividades académicas?
- 6 Quem gosta mais de ficar em casa?
- 7 Quem participa nas tarefas de casa?
- 8 Quem tem amigos?
- 9 Quem pratica desporto?
- 10 Quem escolhe a sua própria roupa?
- 11 Quem está afastado de um familiar que gosta muito?
- 12 Quem já perdeu alguém significativo?
- 13 Quem já gostou de alguém a nível amoroso?
- 14 Quem já ajudou alguém a fazer uma coisa difícil?
- 15 Quem já prejudicou alguém para benefício próprio?
- 16 Quem tem algum conflito com colega, amigo e familiar?

- 17 **Quem sente ser difícil falar de si próprio?**
 18 **Quem se sente muitas vezes irritado?**
 29 **Quem é capaz de parar e pensar antes de agir?**
 20 **Quem se sente muitas vezes feliz?**

Adolescentes

Avaliação

Maria

Motivada e empenhada. Com interações positivas e ajustadas com os pares. Na primeira dinâmica de movimento com música, apresenta movimentos energéticos, gradualmente mais amplos e fluidos, rítmicos e harmoniosos, ao mesmo tempo que vai procurando os olhares dos dinamizadores e sorrindo para o grupo. Na segunda parte, partilha com o grupo vivências significativas: “o medo de perder familiares na pandemia, a angústia e tristeza de não conhecer o irmão”sic. No final da atividade, partilha “gostei muito de hoje, senti calma e tranquilidade quando ouvir a música e dançei. Consegui falar de mim e de coisas que me deixam triste... havia coisas que nunca tinha contado a ninguém.”sic

João

Inicialmente relutante em participar, de gorro na cabeça, de mãos nos bolsos, com comportamento de oposição, no entanto gradualmente mais disponível, a interagir com o grupo. Na primeira dinâmica, não interage com o grupo, ombros contraídos, olhar no chão e pouco disponível. Mais participativo no sociograma, interagindo maioritariamente com Artur, de forma ajustada. No final da atividade, partilha com o grupo que gostou da atividade, “olhem o meu corte de cabelo (retira o gorro e dirige-se ao grupo demonstrando o seu novo visual causando surpresa entre o grupo)”sic. Na minha perspetiva, este demonstrou ser um momento importante e com grande significado. João, até então tinha demonstrado uma postura retraída e defensiva, com fraca recetividade e disponibilidade para o outro. O gorro apresentava-se como um elemento securizante para ele, na sua interação social, e o facto de o ter tirado, permitindo-se ser visto, era espelho de um caminho já feito no grupo e com o grupo. Acredito que este momento também se tenha apresentado como resultado do desenvolvimento da relação terapêutica ao longo das últimas semanas. A música, também demonstrou ser um veículo promotor.

Artur

Apresentou inicialmente alguma inibição e resistência em participar na atividade. Na primeira fase da dinâmica, vai trazendo movimentos rígidos, tensos, pouco amplos e pouco fluidos, embora coordenados, explorando o espaço a seu ritmo, sorrindo por momentos. Vai interagindo gradualmente com o grupo à medida que se desenvolve a dinâmica. Durante o sociograma, partilha alguns aspetos importantes, nomeadamente quando é questionado o grupo “Quem já prejudicou alguém para benefício próprio?”, ao qual Artur posicionando-se no “sim”, refere: “eu já quase matei um amigo, à luta, teve de ir a escola toda para lá (risos)”sic. Devolvo: Já quase mataste um amigo? o qual me responde: “sim, então... todos nós um dia vamos morrer, por isso (encolhe os ombros)”sic. Tentei explorar e desconstruir o comportamento agressivo, explorando: o que aconteceu? O que sentiste? Responde: “Senti raiva dele”. Mantive o contato visual, demonstrei uma postura atenta e disponível, escutei e dei abertura para Artur falar sobre o que aconteceu. Neste momento, senti que era necessário tempo para conseguir desconstruir o comportamento e perceber o que sentiu e o levou a agir. Por sua vez, poderia ter pegado nesta emoção (“raiva”) que emergiu, e explorava no grupo se já alguém também sentiu esta emoção. Este processo iria ajudar Artur a perceber e a identificar que mais elementos já teriam experienciado esta emoção, e que estratégias adotaram para reduzir esse sentimento. Aceitando-o e respeitando-o, poderíamos trabalhar com o grupo esta emoção. No final partilha com o grupo “foi importante, mas preferia ficar sentado!”sic

APÊNDICE III – Jornais de Aprendizagem - Comunidade

1º Jornal de Aprendizagem: Os meus primeiros passos...



*“A criança modela-se.
Ajuda-a a modelar-se, oferece-lhe tudo quanto tenhas de mais autêntico em ti.
Oferece-te a ti próprio como modelo. Faz de modelo, não só com o teu corpo de Homem,
mas também com o que resta da tua espontaneidade infantil para o Amor.
Homens capazes de Amor são aqueles que foram crianças
ou que se reconciliaram com a criança que foram. (...)
Se podes ser infantil, podes ser Homem, podes ser Mestre.”*

João dos Santos

Este meu primeiro contacto com a pedopsiquiatria, tem vindo a recordar-me dos meus primeiros passos de formação, levando-me a procurar um constructo de conhecimentos teóricos coesos e estruturados, procurando integrar-me nesta nova dimensão.

Ao longo de uma mão cheia de anos de trabalho no contexto de psiquiatria de adultos, emerge intencionalmente este privilegiado caminho, em que acredito que este meu “impulso” formativo, virá complementar de uma forma muito peculiar e rica a minha experiência profissional, onde me irei entregar denodadamente.

A cada dia que passa se levantam novos desafios e me inundo de emoções, sentimentos e reflexões, dando conta de mim mesmo, dos meus pequeninos passos, questionando-me: O que posso transferir da relação da criança e família para os adultos? O que fazemos diferente com as crianças? Como podemos fazer diferente com os adultos?

Permito-me refletir antes de mais, na evolução da minha prática de cuidados, reportando-me aos meus primeiros anos de trabalho, como *iniciada* segundo Benner (2001), chegando a uma realidade nova e desconhecida, carregada de estigma social e um considerável desfasamento dos construtos teóricos. Nesta fase de transição, o ambiente e as modelagens profissionais que aqui encontrava não eram as que preconizava, viradas para uma visão muito redutora da pessoa, centradas na organização, normas e regras impostas pelo serviço e no poder que era transferido para o profissional nas decisões relativas a esta. Viviam-se um modelo puramente biomédico, centrado na doença, aguardando a resposta farmacológica, esquecendo e anulando a autonomia no poder de decisão e as potencialidades que poderiam ser trabalhadas no cliente/família - empowerment e recovery. Gomes (2007), reforça a ideia de que a disciplina transporta deste modelo médico-centrico, um sistema de pensamento paternalista, suprimindo ao cliente “a centralidade na tomada de decisão quando o enfermeiro assume o comando e a responsabilidade dos cuidados, não dando espaço ao doente para intervir” (p.69). Esta premissa carece de mudança, onde o foco e modelo se deverá centrar na parceria, dignidade e respeito, com partilha de informação e colaboração com cliente e família (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Sentia-me frustrada e robotizada, e esta consciencialização levou-me a refletir acerca de possíveis estratégias de mudança, mas que a organização acomodada e resistente à mudança, não dava abertura para a sua implementação e até para uma possível análise crítica das práticas. Os conhecimentos estavam encrustados, reportando a práticas antigas, mais baseadas no tradicional e menos na evidência. Durante esta minha caminhada profissional, fui tendo oportunidade para refletir e de gradualmente modificar o que estaria ao meu alcance, recorrendo a diversas fontes de conhecimento (evidência científica, partilhar práticas com colegas especialistas, escutar, respeitar, trabalhar ao lado “ombro a ombro” e em parceria com os clientes /famílias, etc), com objetivo de melhorar a minha prática (Craig & Smyth, 2004).

Nestes últimos anos, com a reestruturação de recursos humanos no serviço, tenho vindo a vivenciar alguma mudança, e penso que esta se prende com a formação de um maior número de profissionais, motivados a refletir sobre as suas práticas, buscando a evidência (Neswiadomy & Bailey, 2017), espelhando olhares mais críticos e inovadores. Apesar disso, encontro ainda a necessidade urgente na mudança de paradigma assistencialista e biomédico, mas para isso temos de dar tempo, e sentirmo-nos seguros de que grandes passos já foram dados até então, mas que são ainda tão insuficientes.

A visão puramente economicista dos cuidados de saúde que hoje experiencio, refletida nas dotações de recursos humanos insuficientes e rácios pouco seguros para prestar os melhores cuidados, limitam muito o tempo na intenção do cuidar centrado, individualizado e humanizado. Contudo, é dever do enfermeiro não se focar nesta mera justificação e diariamente fazer o melhor

que está ao seu alcance. Assim, acredito na diferença, e muito parte da atitude que cada um de nós assume perante a realidade que lhe é apresentada. É aqui que o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, tem um papel crucial, pois sendo ele detentor de conhecimento, habilidades e competências, deverá disseminar o conhecimento entre os pares e organização, dinamizando e desenvolvendo estratégias promotoras de mudança e melhores práticas. Tem de ser o “espelho” dentro da sua equipa, junto de elementos iniciados e junto de alunos, consciencializando-os da sua postura, os papéis que assumimos e a nossa presença.

Nos dias de hoje, assumo o empenho de toda a equipa na tentativa de mudança de paradigma, fugindo do foco das tarefas/atividades que ditam a rotina do turno, baseadas em regras institucionais/ organizacionais, que se centram mais na “comodidade e segurança” dos profissionais, descorando o foco dos cuidados – a Pessoa. No entanto, habita em mim ainda assim um sentimento de desconforto, pois acredito que muito mais deveria ser feito, e enquanto enfermeiros, estamos num lugar privilegiado para melhor compreender as prioridades, crenças e necessidades dos clientes, integrando estes valores na própria perícia e na evidência clínica que é a tomada de decisão centrada na pessoa, alvo do cuidar. Esta reconstrução do paradigma de cuidar – modelo holístico, e o significado que atribuo às minhas vivências de cuidar e ao meu autoconhecimento, têm definido a minha maturidade profissional e pessoal. Esta, segundo Benner (2001) não se adquire somente com o tempo, mas sim através da reflexão, da integração e aquisição de conhecimentos decorrente da partilha de saberes durante as situações vividas.

A minha maturidade profissional e pessoal, revela-se também na minha postura junto da equipa multidisciplinar, exigindo de mim uma procura constante de aproximação aos profissionais de diferentes áreas de conhecimento, cultivando uma “cultura colaborativa que permita uma genuína cooperação entre os membros, explorando a complementaridade de modo a aproveitar sinergias.” (Leal & Goldschmidt, 2015, p.515) Isto por sua vez, também se repercute nas minhas atitudes com os meus pares e com os meus alunos, mostrar-lhe a importância desse trabalho para o sucesso de qualquer intervenção e com o foco na pessoa que cuidamos. A componente relacional é também primordial ao funcionamento de uma equipa, onde a comunicação aberta, o estabelecimento de uma confiança mútua no trabalho e papel de cada um, definições claras de responsabilidades, entre outros, são elementos chave. Mas sinto que temos ainda algum caminho a fazer, mas que muito também já foi feito.

No contexto de Pedopsiquiatria, tenho assistido a uma grande complexidade de casos clínicos e onde a multidisciplinariedade e a reflexão grupal são uma constante. Segundo Leal & Goldschmidt (2015), a complexidade dos casos em saúde mental da infância e adolescência “tem exigido a aproximação e associação gradual de diferentes áreas do conhecimento” (p.513). Tenho-me envolvido na Equipa em parceria com a Enfermeira Especialista, que muito me tem

incentivado e reforçado positivamente, e tenho sentido o relevante impacto do entrecruzar de conhecimentos das diversas disciplinas e de como são a mais valia para o equilíbrio da avaliação de cada situação. Sinto um crescer conjunto, uma entrega de cada profissional em cada espaço de encontro, levando os seus construtos teóricos e as suas vivências. Tenho vindo a partilhar a minha experiência e os meus conhecimentos com a Equipa, verificando que os mesmos são recebidos de uma forma positiva e promotores de crescimento. Por sua vez, este acolhimento tem sido promotor também de todo o meu desempenho até então, e este reforço positivo que é devolvido “ombro a ombro”, tem caminhado comigo na minha transição de papéis – Rita enfermeira no seu local de trabalho, Rita filha, Rita namorada...

A família...

A criança e a família é trabalhada como um todo, são tomados em conta todas as redes sociais e comunitárias que a envolvem, participando ativamente no plano de cuidados como parceiros, e se a dinâmica sistémica não fosse isso mesmo, tornava um trabalho infrutífero. Como vem a reforçar o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, no que diz respeito à importância de um modelo organizacional estruturado que privilegie uma abordagem integrada e global da criança e adolescente, promotor de um modelo holístico.

Hoje, ao vivenciar esta nova transição do meu percurso de vida profissional, acredito que este será o estímulo que facilitará este processo reflexivo de transição criança /adulto, olhando o ciclo de vida, desmobilizando-me de uma só perspetiva, e trazendo para o “adulto” um outro olhar, que a criança me vai ajudar a alcançar.

Assim, reflito e conscientizo-me de mim mesma - *awareness*, enquanto instrumento terapêutico privilegiado na relação com o outro... é sem dúvida desafiante ser Enfermeiro.

Este início de caminhada, tem-me levado a realizar inúmeras notas de campo, registando elementos e eventos para análise e reflexão. O meu olhar sobre a criança/adolescente/família, é encarado como um binómio, um ser único, complexo, inserido no seu contexto e sistema familiar, onde se centra o cuidado e intervenção do enfermeiro. A família tem aqui um papel preponderante, o qual não podemos descorar nem desvincular do foco do nosso cuidado, em que a parceria entre a equipa de profissionais de saúde e esta, é uma condição fundamental (Frank & Calery, 2004; Harrison, 2010; Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020). Esta envolvência ativa, deve ser tomada em conta e olhada de forma significativa pelo enfermeiro, numa co colaboração, em que a prioridade é o bem-estar da criança.

Articulando as várias perspetivas teóricas que nos trazem a parceria como elemento central, o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey (1993), é um modelo que reconhece a família como constante na vida da criança, parceiros para a criança e também para a equipa multidisciplinar. Este modelo de parceria de cuidados, permite que o enfermeiro conheça melhor

a criança e o meio familiar onde se insere, facilite a comunicação com a criança e família, dê visibilidade aos cuidados, valorizando competências e proporcionando também enriquecimento pessoal e profissional através da partilha. Do mesmo modo, também transfere para os pais grandes vantagens, nomeadamente facilita o papel parental, diminuição de sentimentos de culpa, incapacidade e impotência, e para a criança/adolescente, a afetividade e a segurança transmitidas pela envolvimento/presença da família (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Permito-me balancear agora para a realidade que vivencio com o adulto, onde assisto a olhares cristalizados na pessoa que nos chega, com um diagnóstico, “carregada de sintoma”, esquecendo por vezes o foco fundamental do cuidado – a pessoa, na sua globalidade, e não a doença ou o sintoma. A psicopatologia e a própria sintomatologia, ocupam um espaço enorme, quando olhamos o indivíduo adulto, esquecendo-o como um ser num percurso e num caminho que já foi, a criança que tinha sonhos, desejos, competências, capacidades.... O peso da própria doença e a agudização do sintoma em que a primeira linha é sobretudo focada no seu sintoma e na doença, com recurso ao tratamento/ medicamento, como forma de o anular e remitir. Por vezes, focados nesta remissão, podemos mesmo chegar a uma obstinação/saturação, incapacitando-o e imobilizando todas as suas potencialidades. Sentimo-nos toldados nesta dinâmica psicofarmacológica, onde se esperam respostas diretas do fármaco, descorando tudo o resto, com alguma passividade. Também João dos Santos citado por Gonçalves (2013), vem reforçar a ideia de que:

“...os ciclos viciosos da patologia, quantas vezes intergeracionais e transgeracionais, não são fáceis de mudar e os próprios terapeutas estão sujeitos a grandes tensões e frustrações ao longo do processo terapêutico, levando-os a um desgaste que se pode traduzir por um desinvestimento precoce das situações de que se ocupam. Noutras situações, existem de facto sucessos terapêuticos... na medida em que correspondem a melhorias transitórias que, na maior parte das vezes, se baseiam numa aliança terapêutica positiva forte, construída a partir da empatia que se estabelece...” (p.19).

Como é que podemos fazer um pouco diferente disso? Que mais valias trás este novo caminho para a minha prática?

A construção da relação e a comunicação terapêutica, sustentadas pelo envolvimento, aceitação, confiança e empatia, compreendendo profundamente as suas necessidades, ajudando na resolução das suas dificuldades e na concretização do seu potencial, valorizando-a, reforçando-a – promoção da autoestima e autoconceito positivo (Pedro, et al, 2015).

Permito-me olhar a criança/adolescente em desenvolvimento, como um caminho, onde vive a esperança na mudança e na transição, em que a intervenção terapêutica procura desenvolver a dimensão saudável desta, com enfoque nos recursos e fatores protetores, vinculada

ao seu meio, à sua família e comunidade. Estas dimensões são reconhecidas e integradas na prática, o que muitas vezes, infelizmente não acontece com o adulto.

Onde está a família? Onde estão as suas potencialidades? Teremos nós um sentimento de desesperança em relação ao próprio, embevecidos nas suas dificuldades e limitações, onde por muito trabalho que seja feito com este, acaba por se desvanecer, resultando em múltiplos internamento, abandonos de terapêutica e de acompanhamento. Que papel temos nós aqui em inverter alguns processos?

Progressivamente, as crianças/adolescentes têm-me feito “olhar para trás”, olhar o outro com olhos de ver, com esperança e com a profundidade necessária para chegar à sua verdadeira essência, integrando-o em toda a sua vivência. É este novo olhar, que elas me vão ajudar a ter.

Por isto e não só, esta etapa assume um momento único e especial, pela riqueza dos conteúdos transmitidos, cruzados pela interdisciplinaridade, com todos os profissionais que me tenho cruzado, que me levam a refletir e que “ombro a ombro” partilham os seus conhecimentos.

Pelas múltiplas e complexas necessidades e respostas, esta dimensão multidisciplinar, segundo Pedro, et al (2015), “...assume-se como pilar de um projeto terapêutico integrado e integrante.” (p.521), onde a construção de um léxico comum, pressupõem interação, partilha e comunicação. Nesta linha de pensamento, Leal & Goldschmidt (2015) assumem que “o paradigma da intervenção em Saúde Mental da Infância e Adolescência é claramente um paradigma da complexidade, tanto do ponto de vista da compreensão como da intervenção” (p.515).

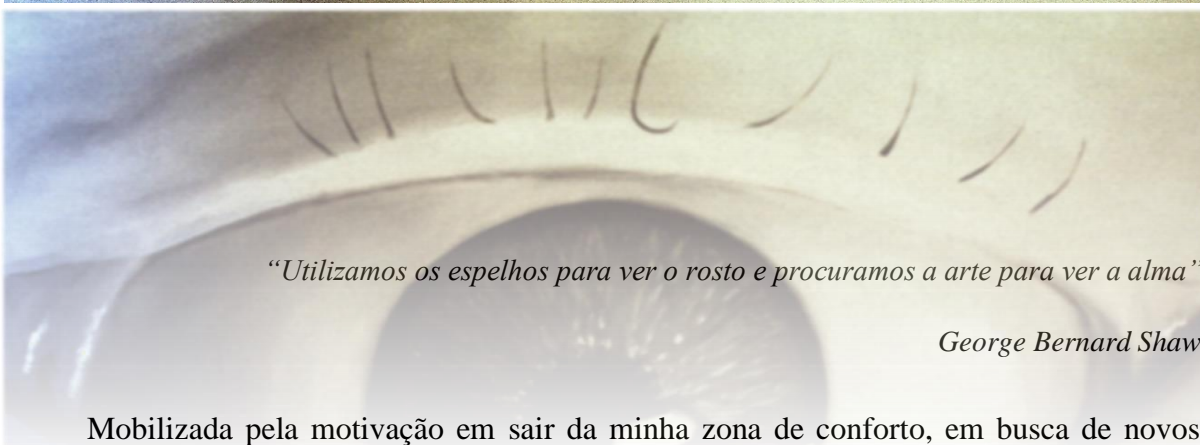
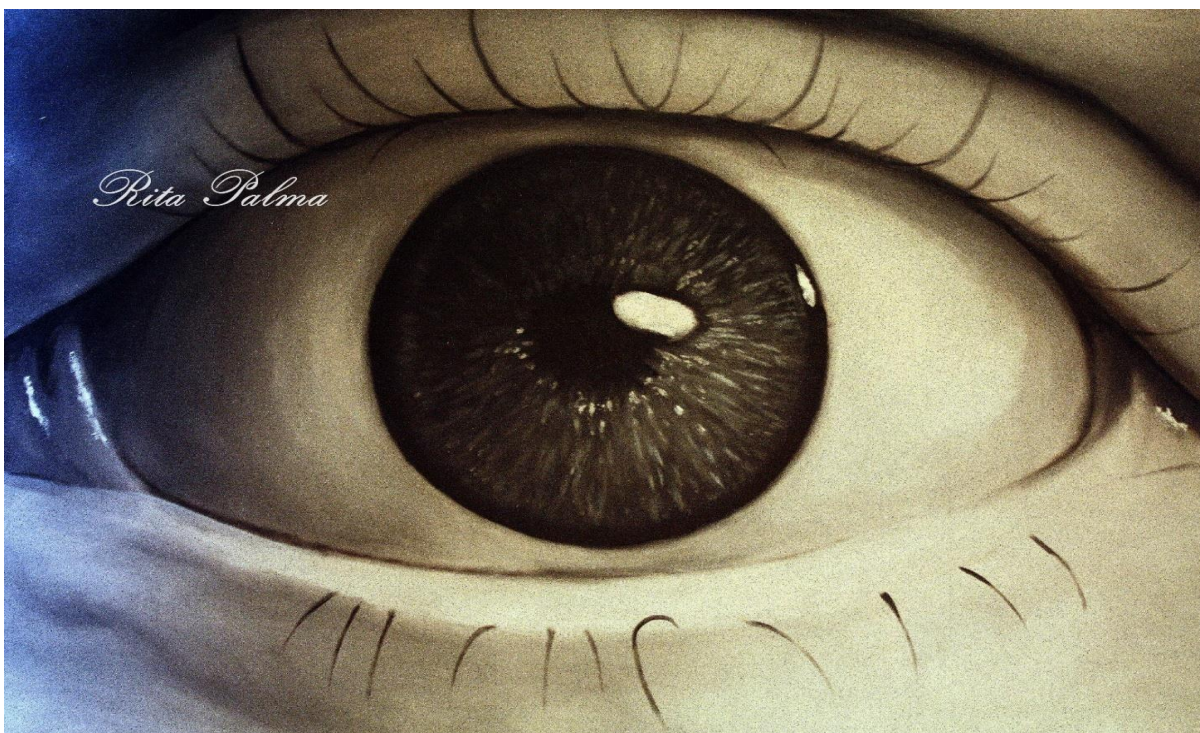
No mesmo entendimento, João dos Santos (1988), vem a defender que existe a necessidade da compreensão dos sintomas de cada criança, reconhecendo também uma visão abrangente, numa perspetiva individual, familiar e social, antecedida à intervenção, onde o trabalho da equipa multidisciplinar atua de forma articulada e coesa.

Acredito que as dificuldades se apresentaram como degraus, os quais me permitirei a subir e que me levarão a um lugar, onde o encontro com a criança/adolescente e família, me trará os aliceces necessários para a minha intervenção, enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Cerqueira, C. & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Cuidados Centrados na Família. In Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M. *Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem*. (pp. 28-32). Lidel.
- Craig, J., & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros*. Lusociência.
- Franck, L. & Callery, P. (2004). Re- thinking family-centred care across the continuum of children`s healthcare. *Child: Care, Health & Development*, 30 (3), p. 265-276.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2214.2004.00412.x>
- Gomes, I. (2007). *Parceria de Cuidados de Enfermagem - Uma questão de cidadania*. Formasau.
- Gonçalves, M (2013). No centenário de João dos Santos – Prevenção Precoce e Saúde Mental. In Castilho, C & Strecht, P. (Coords.) *João dos Santos- Memórias para o Futuro*. (pp.13-23) Guide Artes Gráficas, Lda.
- Harrison, T. (2010). Family Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25 (5), 265-277.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2965051/>
- Leal, D. & Goldschmidt, T. (2015). A Multidisciplinarietà em Pedopsiquiatria. In Leal, D. (Coord.) *Manual de Psiquiatria da Infância e Adolescência – Avaliação, Compreensão e Intervenção*. (pp. 513-519) Coisas de Ler Edições.
- Monteiro, A. & Cerqueira C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. In Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M. *Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem*. (pp. 33-38). Lidel.
- Nieswiadomy, R., & Bailey, C. (2017). *Foundations of Nursing Research* (7ª ed.). Pearson education.
- Pedro, F., Marques, J., Vaz, P., Correia, S. & Almeida, A. (2015). O Papel do Enfermeiro. In Leal, D. (Coord.) *Manual de Psiquiatria da Infância e Adolescência – Avaliação, Compreensão e Intervenção*. (pp. 521-525). Coisas de Ler Edições.
- Santos, J. (1988). *A Casa da Praia*. O psicanalista na Escola. Livros Horizonte.

2º Jornal de Aprendizagem: Expressão e o Grupo – 1ª Sessão CRESCER



“Utilizamos os espelhos para ver o rosto e procuramos a arte para ver a alma”

George Bernard Shaw

Mobilizada pela motivação em sair da minha zona de conforto, em busca de novos conhecimentos e aprendizagens unificadoras para o meu crescimento profissional e pessoal, assim aceito este presente desafio, com energia e estímulo para percorrer um caminho com intencionalidade, dedicado e envolvido - a Pedopsiquiatria.

Assim sendo, num ambiente propício e promotor ao desenvolvimento, sustentado pela partilha e pelo pensamento reflexivo, desenvolvo este diário/jornal de aprendizagem, uma reflexão sistematizada e completa da vivência.

No decorrer do meu caminho profissional, a trabalhar em contexto de internamento de psiquiatria de adultos, venho a confrontar-me com um paradigma e uma realidade centrada em respostas excessivamente medicalizadas e com referenciais em respostas psicofarmacológicas. É necessário deslindar esta realidade, e é então aqui que incide a minha inquietude e necessidade de mudança, onde o meu papel ativo se tem debatido com uma necessidade, os

cuidados necessitam de maior criatividade, inovação e frescura. Também neste contexto novo que agora vivencio, vinculada à centralidade e unicidade, de onde o profissional deve partir da pessoa como referencial para a sua ação, as intervenções não farmacológicas, se assumem como um instrumento facilitador da relação e no cuidar. É por esta via terapêutica, que o EESMP, detentor de um corpo de conhecimentos que lhe visivam competência, procura através de intervenções psicoterapêuticas e recorrendo a mediadores expressivos, chegar ao outro e ao que o habita, de uma forma tão simples e única – a expressão. Intrínseca ao ser humano, a expressão é sentida por este como uma necessidade, suprida pela linguagem não-verbal, verbal, escrita, entre muitos outros. Muito anterior à linguagem verbal, a criança desde que nasce começa a expressar-se, em que “...os seus primeiros gritos e gestos são, por isso, uma imagem primitiva por meio da qual a criança tenta comunicar com os outros” (Read, 1982).

Assim, inerente à condição humana, a pessoa ao expressar-se entra em contato consigo mesma, com o outro e com o mundo, em que “tudo aquilo que sente, pensa e sabe, pode ser expresso através de múltiplas formas de linguagem, pelo olhar, pelo movimento, gesto, choro, riso, mimica, desenho, pintura, modelagem, pelo teatro, pela música, pela dança, pela escrita, pela poesia...” (Bucho, 2011,p.20).

A expressão para Stern (1974), é entendida como “formulação da sensação” (p.20), formular o que não pode ser dito verbalmente, é um “fenómeno que projeta no exterior e torna presente aos outros” Gloton & Clero (1976, p.53), é ato de catarse e exteriorização de toda uma vida interior Sousa (1979), em que impulsos, tensões, sentimentos, sensações e desejos se exteriorizam e se expandem livremente.

Neste entendimento, a terapia pela arte mobiliza a expressão através de mediadores artísticos, ou expressivos, compreendidos como “toda a ação, atividade, instrumento ou consigna, proposta a um cliente ou participante, para o levar a expressar-se livremente...” (Ferraz, 2009, p.19). Vistos como meios que facilitam a expressão do “eu interior” e na sua relação com o exterior, com o outro, com o ambiente e mundo, onde a arte é por si forma de comunicar. É através dela que a pessoa amplia o conhecimento de si e do outro, facilita a comunicação e promove a relação, propícia a expressão de emoções, pensamentos, ideias, sentimentos, por vezes difíceis de verbalizar através da narrativa, estimula a criatividade, e raciocínio, possibilita uma transformação interna que poderá resultar num aumento da autoconfiança e autoestima (Parvy, 2004; Ferraz, 2009; Bucho, 2011; Carvalho, 2013).

Através do criar e de todo o processo de criação, a espontaneidade e a criatividade assumem a dimensão humana que nos distingue da animalidade. É assim, característica comum à espécie humana, onde a alegria de viver e criar, o crescimento e amor próprio, são para Miel

(1972), subprodutos valiosos para o indivíduo e sociedade, onde a percepção do mundo de forma criativa é essencial a uma vida saudável (Winnicott, 1975). Assim, o “processo criativo atua como sustentador psíquico do balanço estético da vida mental” (Carvalho, 2020, p.95).

O criar e o viver sublimam na teoria winnicotiana, onde a criatividade se interrelaciona e se aproxima com o sentimento e a percepção da própria existência, onde através do ato criativo expressamos o nosso verdadeiro *self*. (Winnicott, 1975) Vem acrescentar que:

“é com base no brincar, que se constrói a totalidade da existência experimental do homem....Experimentamos a vida na área dos fenómenos transicionais, no excitante entrelaçamento da subjetividade e da observação objetiva, e numa área intermediária entre a realidade interna do indivíduo e a realidade compartilhada do mundo externo aos indivíduos”. (ibidem, p. 107)

A criatividade está associada à arte, é tida como essencial para a saúde mental, e, por conseguinte, para o processo terapêutico – terapia pela arte. Autores como, Melaine Klein, Marion Milner, Donald Winnicott, Lacan, entre outros, trazem-nos a ideia da arte aplicada e utilizada em processos psicoterapêuticos. (Martins, 2018). Assim, a terapia pela arte - processo terapêutico, é fundada na interação entre o sujeito (criador), o objeto de arte (produção) e o terapeuta (recetor), que segundo Matos (2020), este também detém a função de suporte “...holding (Winnicott) e de continente/conteúdo (Bion)” (p. 31), no *aqui e agora*.

É então, sustentada por todos estes pressupostos, que me permito trazer à reflexão a atividade realizada em grupo terapêutico, com a Enfermeira Especialista, com a Terapeuta Ocupacional e o grupo de 4 adolescentes, de idades compreendidas entre 13 e 16 anos.

O grupo terapêutico “CRESCER”, é dirigido a um grupo de adolescentes (dos 13 até aos 16 anos de idade), com défice cognitivo ligeiro a moderado, insucesso escolar, baixa autoestima e autoconfiança, estratégias de *coping* ineficazes geradoras de stress e respostas inadaptables, que se traduzem em sofrimento mental. São exemplo a agressividade, a impulsividade e baixa tolerância à frustração, as dificuldades de aprendizagem, o desinteresse pela escola, as dificuldades nos relacionamentos com os pares, sociais e/ ou familiares, alterações de comportamento, nomeadamente agitação, irritabilidade, entre outros.

Os objetivos terapêuticos, ao nível da estimulação cognitiva, prendem-se com: promover a criatividade, melhorar as funções cognitivas, estimular a memória, aumentar o tempo de atenção, controlar impulsos, contribuir para uma eficaz resolução de problemas; ao nível do desenvolvimento emocional: promover o reconhecimento das suas próprias emoções e as emoções do outro, promover a expressão de emoções de forma ajustada; ao nível do desenvolvimento de competências sociais: promover interações positivas entre os pares, contribuir para uma adequada gestão de conflitos.

Agendado para todas as terças feiras e com duração de 90 minutos, estruturado num conjunto de sessões, com diversas metodologias ativas, objetivos e fins terapêuticos, seguindo um enquadramento base, onde numa primeira fase dá lugar à partilha de vivências no decorrer da semana, compreendendo as necessidades individuais e do grupo, explorando e identificando as emoções do próprio. Numa segunda fase, é elaborada a atividade específica para a sessão, e por fim é realizada uma reflexão e partilha do que foi realizado e apreendido, explorando novamente as emoções e os sentimentos individuais e do grupo.

Teve então lugar a primeira sessão, onde a expressão plástica, foi utilizada como mediador terapêutico. Inicialmente ajudei a organizar os materiais necessários para a atividade (folhas brancas, revistas, tesoura, cola de papel, canetas de filtro) e a preparar o espaço para o encontro – *setting* terapêutico, privilegiando um espaço calmo, tranquilo e contentor, onde não houvesse interrupções e mantendo o distanciamento de forma a promover a segurança do grupo no âmbito da atual situação pandémica.

O grupo de adolescentes, fazendo-se acompanhar pelos seus familiares/pessoas de referência, começa por chegar à unidade, onde é feita uma primeira receção e acolhimento dos mesmos. Posteriormente, os quatro adolescentes são encaminhados para a sala, vão entrando e sentando-se, nas cadeiras previamente dispostas, escolhendo por si mesmo os seus lugares.

Dá início à sessão, uma atividade de “quebra gelo”, onde de forma livre cada elemento é encorajado a apresentar-se ao grupo, partilhando ao seu nome, idade, e o que mais gosta de fazer. O grupo de adolescentes demonstra alguma inibição, e por este motivo, começamos por nos apresentar ao grupo, dando seguimento ao grupo: Maria, 16 anos, gosta de fazer surf; Rui, 14 anos, gosta de ouvir música e aprender guitarra; João, 13 anos, gosta de andar de bicicleta; Artur, 15 anos, gosta de “lutar todos os dias com os colegas nos intervalos das aulas” sic.

Segue-se a introdução e apresentação do tema, a sua finalidade/pertinência e objetivos, propondo-se em seguida a elaboração conjunta dos princípios orientadores do grupo, estimulando cada elemento a nomear uma regra para o mesmo. Alguns elementos, Maria e Rui de forma ajustada nomeiam algumas regras importantes para o grupo, no entanto Artur demonstrou grande resistência na formulação de regras, referindo “eu não gosto de regras e nem queria estar aqui... não posso utilizar o telemóvel... isto é uma seca ”sic (mãos nos bolsos), já João com grande oposição inicialmente, relutante e resistente em participar.

Segue-se a atividade de expressão plástica, os adolescentes são estimulados a realizarem uma produção, através de corte/colagem de elementos de revistas que se identifiquem, utilizando o desenho ou escrita para se expressarem livremente. Este espaço de criação e capacidade projetiva (colocando no exterior o que está no interior), surge numa

tentativa de trazer para o espaço transicional, que se constitui como *locus* de intercâmbio, elementos importantes que não estão muitas vezes à merce da componente verbal, como Stern (1974a) acrescenta quando se refere à criança e à expressão plástica, em que ela vê esta como uma necessidade para “formular o que não pode confiar à expressão verbal” (p.8).

Durante este momento criativo, fui observando os adolescentes no seu processo de criação, o seu verbal e não verbal, consciente desta tal importância. Este processo é tão ou mais significativo quanto a obra em si, como nos refere Rogers (1999), citado por Tavares (2002), considerando que o essencial também é o processo em si, o modo como a pessoa experiencia esta vivência, é como um encontro e descoberta.

Consciente de mim mesma e do meu papel ativo no grupo, motivado pela Enfermeira Orientadora, fui ao encontro de cada elemento do grupo, estimulando e encorajando a sua participação ativa na obra e reforçando o seu empenho, apoiando na criação e devolvendo autoconfiança. Foi assim, desta forma contentora, que procurei ir dando suporte a cada adolescente do grupo. Também na relação terapêutica, muitas vezes o enfermeiro tem um papel contentor/contínente (Bion, 1991), junto do outro, de suporte, que por si só também vivencia momentos de angústia e sofrimento.

Observo Maria, debruçada e empenhada na sua produção, desfolhando as revistas, em busca de elementos que lhe façam sentido e que gosta, recortando-os. Destaca elementos significativos dos pares e partilha com eles as revistas onde se encontram, interagindo assim de forma adequada e colaborativa, envolvendo-se com o grupo. Vai utilizando a escrita e o desenho para complementar a sua produção.

Por outro lado, Rui apresenta alguma dificuldade em manipular a tesoura para recortar (dificuldade na motricidade fina acentuada para a faixa etária) e leva algum tempo a tentar seleccionar elementos significativos, referindo não estar a encontrar o que queria “uma guitarra, ou um cantor!”sic (Maria mobilizou-se para ajudar). Motivado e envolvido, encontra por sua vez outros elementos simbolicamente significativos, recorta-os e cola na folha também com alguma dificuldade (alguns elementos chegam mesmo a estar colado fora da folha – denota-se aqui alguma dificuldade na organização espacial dos elementos).

João, manteve comportamento de oposição, desinteresse e desmotivação “não quero, não me apetece, isto é uma seca, não sei fazer!” sic, com não verbal congruente (mãos nos bolsos, fáceis fechado e cabisbaixo). Procurei mobilizar-me e ir ao seu encontro, recordando-me do que tinha verbalizado nos momentos iniciais de apresentação – o seu gosto em andar de bicicleta. Encontro a imagem de uma bicicleta e ofereço-lha, tentando procurar se era do seu gosto. Mostrando disponibilidade e escuta, posicionando-me junto do mesmo, sentando-me ao

seu lado, observo que gradualmente, levantava o seu rosto, que até então estava maioritariamente focado no chão. Olha nos meus olhos e acena-me que sim, que gosta do elemento que o ajudei a encontrar, mas por sua vez, mantendo a resistência, não querendo recortar. Esta resistência foi-se diluindo durante a atividade e progressivamente começava por folhear algumas revistas, que até então não o tinha feito. Acabou por conseguir recortar e colar a bicicleta, encontrando também uma casa, “também gosto muito de estar em casa!”. sic Senti que a minha intervenção junto de João, se tornou impulsionadora e motivadora à sua participação, espelhando em mim um sentimento agradável de conquista.

À minha frente o Artur, que desde os momentos iniciais até então, mantinha um discurso centrado nas suas experiências de agressividade com os pares em contexto escolar, verbalizando a agressividade como mediação e início de relações sociais - comportamento de intimidação face ao grupo, “ só conheço os meus amigos se lhes bater... para saber se é meu amigo andamos à porrada... é o que eu gosto de fazer... por exemplo se eu te quiser conhecer e saber se gosto de ti, tenho de te bater!” sic (dirige este exemplo para João). Artur folheava as revistas de forma grosseira e ia verbalizando “isto é uma seca, não gosto de nada nestas revistas, não tem o que eu gosto, não tem mortes nem homicídios, portanto não vou recortar nada!”sic (volta a colocar as mãos nos bolsos). Com foco e intencionalidade, explorei outras atividades que iam ao encontro dos seus gostos. Refere-me gostar de jogar no telemóvel e ouvir música com phones. Guiando-me pelo seu gosto de música, exploro as suas escutas musicais, artistas favoritos e músicas que ouve, “gosto de ouvir trap e rap...Piruka, pode por aí no Youtube uma música que gosto?” sic. Após auscultado e questionado o grupo, é colocada a tocar a sua escolha musical, no telemóvel da Enfermeira. Acredito que este momento, se presenteou como “clic” para o seu envolvimento na criação, a música surge como elemento facilitador.

A música encontra um espaço único na vida do adolescente, ocupando um importante lugar no seu dia a dia. E é assim, que nos permitimos a utiliza-la como mediador expressivo, em intervenções individuais e em grupo, privilegiando os relevantes ganhos que os mesmos poderão alcançar. São muitos os autores que veem reforçar e destacar os benefícios da música como recurso terapêutico junto dos adolescentes, onde a mobilizam de forma a ajuda-lo nas suas vivencias e processos de transição. (McFerran, 2020) Assim sendo, o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, tem em suas mãos um valioso instrumento que lhe permite chegar ao adolescente em sofrimento mental, de forma a poder ajuda-lo.

Artur, vai ao ritmo da música, movendo o seu corpo e cantarolando “entre dentes”, a sua expressão corporal modifica-se, retira as mãos dos bolsos, arregaça as mangas do casaco

apertado e pega novamente nas revistas, folheando-as de forma motivada e mais cuidadosa. Simbolicamente encontra uma imagem de uma bola de rãguebi com a seguinte frase: “A bola oval passa de mão em mão, à procura da vitória. Ao contrário do que parece, não vale tudo neste desporto.”, recortando-a e colando na sua folha, até então ainda em branco. Esta frase, levou-me a refletir, (sem interpretações, embora com a intersubjetividade que lhe está inerente), e a sentir a necessidade de reforçar esta escolha, devolvendo-lhe compreensão e suporte, ajudando-o conjuntamente a refletir, de que também neste desporto existem regras, e de quão importantes elas são. O tema agressividade que Artur tanto verbaliza, tem aqui e agora, um tomada de consciência de que existem regras e que estas são importantes para vivermos, ao contrário do que verbalizava no inicialmente, “oh, eu lá em casa também tenho 2 regras, limpar o quarto e fazer a cama!” sic. Acredito no meu papel orientador e facilitador de compreensão interna, escuta, não julgamento, reforço e suporte, foi essencial e organizadores.

Agora, envolvido e motivado complementa a sua produção com uma imagem de meninos a jogar, com as frases “Desporto”, “Eu gosto PS4 e de mim”, e no lugar de escrever o seu nome, escreve “Boss”. Não podia estar mais feliz do que naquele momento, a música foi como um fertilizante que me permitiu chegar até a Artur, como se de uma janela se tratasse, que me permitiu chegar ao outro, onde o mesmo ao expressar-se, me deu a possibilidade de conhecer o que o habita, explorando e ajudando-o a dar sentido à sua produção, enriquecendo e fertilizando a relação, traduzindo-se em benefícios terapêuticos.

No final, cada adolescente, partilhou com o grupo a sua produção, onde este por sua vez se traduz num conjunto de forças que permitem crescimento e mudança. Durante a partilha, juntamente com a terapeuta e co terapeuta, escutei, reforcei e ofereci suporte. Encerramos a sessão, com a partilha de sentimentos, emoções, reflexões, durante a atividade. De entre os sentimentos verbalizados pelos adolescentes, ressalvo: “isto até que foi fixe!”sic, “gosto muito de recortar, desenhar e de artes, adorei e queria outra vez!” sic, “senti-me muito bem!” sic, “fez-me bem vir aqui hoje, esqueci-me dos testes da escola!”sic, entre outros.

Concluo, referindo que o recurso a técnicas expressivas recorrendo ao uso mediadores expressivos pelo enfermeiro, apresenta-se como um precioso instrumento na intervenção com adolescentes (Antunes, 2018), onde a música, assumindo parte integrante da sua vida, constitui uma ferramenta poderosa no processo de autoconhecimento, identidade, socialização/cultura e sentido de pertença, no âmbito emocional, permitindo que os adolescentes expressem emoções e sentimentos intrínsecos, (o que por vezes as palavras não conseguem fazer).

Finalizo com a análise bastante positiva desta vivência, patenteando-se em mais um momento rico no meu constante crescimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, S. (2018). *Adolescência e Compromisso do Processo de Desenvolvimento: intervenções de enfermagem com recurso a técnicas expressivas*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24686/1/Adolesc%C3%A2ncia%20e%20Compromisso%20do%20Processo%20de%20Desenvolvimento%20-%20interven%C3%A7%C3%B5es%20de%20enfermagem%20com%20recurso%20a%20t%C3%A9cnicas%20expressivas_%20S%C3%B3nia%20Antunes_6680.pdf
- Bion, W. (1991). *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago Ed.
- Bucho, J. L. C. (2011). *As Terapias Expressivas e o Barro: Veículo de Auto-conhecimento, Criatividade e Expressão* [Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. [Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa: As terapias expressivas e o barro: veículo de auto-conhecimento, criatividade e expressão \(ufp.pt\)](#)
- Carvalho, R. (2013). Criação terapêutica nas instituições: teoria e técnica. *Arte Viva: Revista Portuguesa de Arte-Terapia*. (3) 15-29. http://arte-terapia.com/wp-content/uploads/2013/09/REVISTA-ARTE-VIVA-3_ok-1.pdf
- Carvalho, R. (2020) O agente agregador implícito na arte: Função Estética. *Revista Portuguesa de Arte-Terapia "Arte Viva"*, 10, 1-98. <https://arte-terapia.com/wp-content/uploads/2020/10/RevistaARTEVIVA-N.10-2020.pdf>
- Ferraz, M. (2009). *Terapias expressivas integradas*. Tuttirév Editorial Lda.
- Gloton, R. & Clero, C. (1976). *A Atividade Criadora na Criança*. Editorial Estampa.
- Martins, D. (2018). Fantasia, imaginação e simbolismo: Bases da Psicanálise para a Arte – Terapia. *Revista Portuguesa de Arte-Terapia "Arte Viva"*, 8, 1-135. <https://arte-terapia.com/wp-content/uploads/2013/09/Revista-Arte-Viva-8-2018.pdf>
- Matos, F. (2020). A Magia da Alma: Vida. *Revista Portuguesa de Arte-Terapia "Arte Viva"*, 10, 1-98. <https://arte-terapia.com/wp-content/uploads/2020/10/RevistaARTEVIVA-N.10-2020.pdf>

McFerran, K. S. (2020). Adolescents and music therapy: contextualized recommendations for research and practice. *Music Therapy Perspectives*. 38 (1), 80-88. [Adols-Review-MTP-2019.pdf \(ufrj.br\)](#)

Miel, A. (1972). *Criatividade no Ensino*. Ibrasa.

Parvy, P. (2004). Art et thérapie, un rendez-vous à ne pas manquer. *Soins Psychiatrie*. (231), p. 35-37.

Read, H. (1982). *A Educação pela Arte*. Edições 70

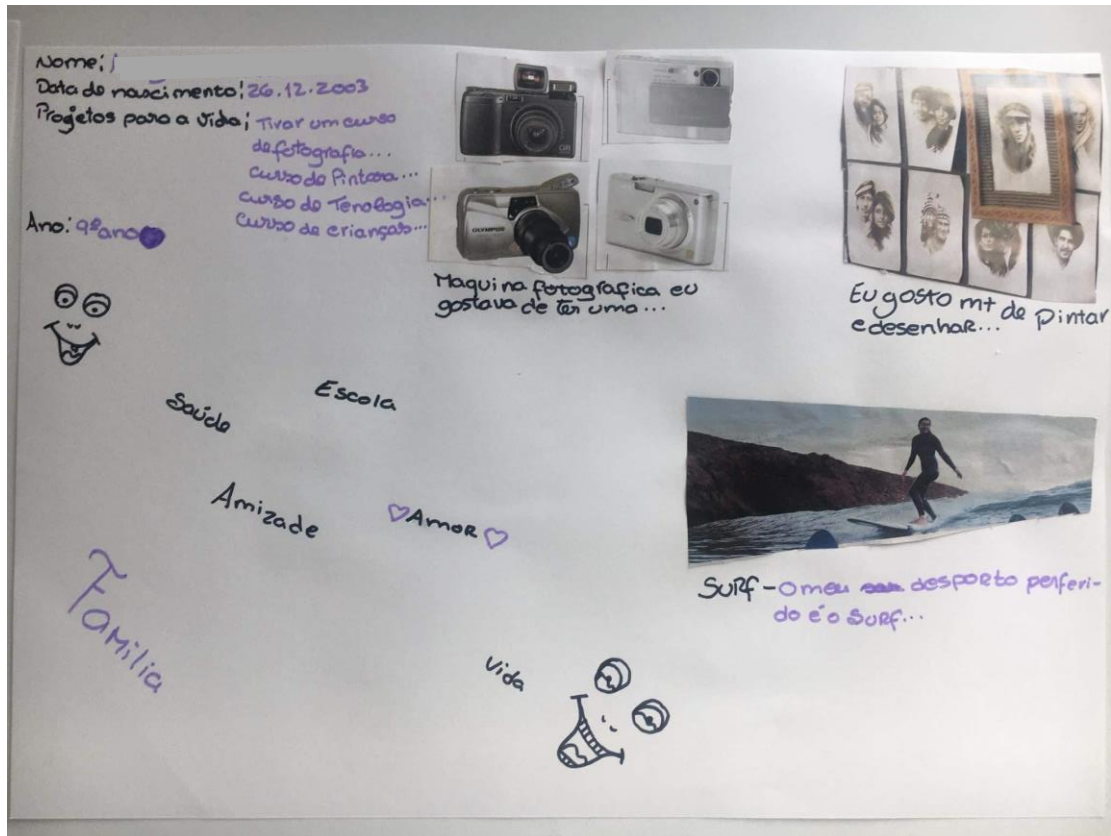
Sousa, A. (1979). *A Educação pelo Movimento Expressivo*. Básica Editora.

Stern, A. (1974). *A expressão*. Livraria Civilização-Editora.

Stern, A. (1974 a) *Uma Nova Compreensão da Arte Infantil*. Livros Horizonte.

Tavares, C. (2002). Prática criativa da enfermagem psiquiátrica: fatores intervenientes no seu desenvolvimento. *Escola Anna Nery R. Enfermagem*, 6(1), 107-117. <https://cdn.publisher.gn1.link/eean.edu.br/pdf/v6n1a13.pdf>

Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Imago.



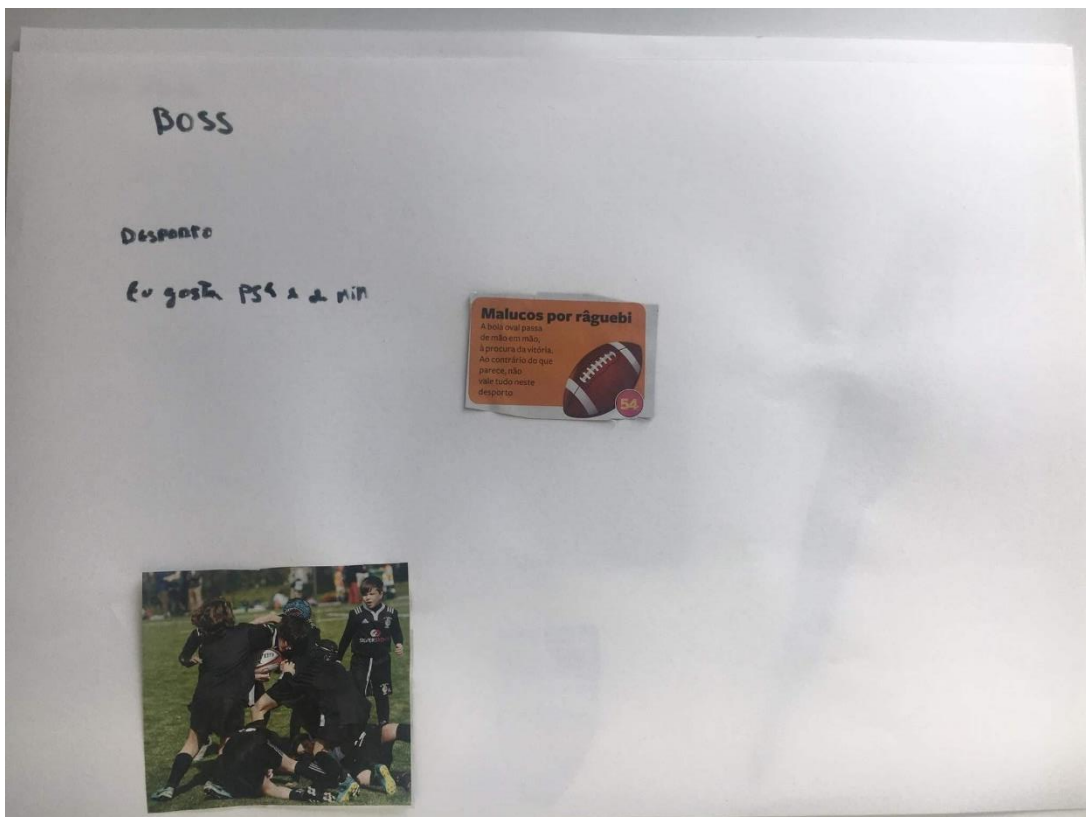
Produção de Maria



Produção de Rui



Produção de João



Produção de Artur

3º Jornal de Aprendizagem: 2ª Sessão de Grupo - CRESCER

Este jornal, dá lugar a mais um processo e reflexão, de momentos vividos que atribuo grande significado, e espelham o meu percurso evolutivo de vir-a-ser e vir-a-fazer melhor.

A segunda sessão do grupo terapêutico “CRESCER”, foi dinamizada em co-terapia pela Enfermeira e Terapeuta Ocupacional, na qual tive gradualmente um papel mais ativo, tanto na dinamização da atividade, como na relação com os adolescentes que constituíam o grupo.

Assim de acordo com as necessidades

sentidas na primeira sessão, proponho-me continuar a promover a relação terapêutica, a conhecer melhor o grupo, as características individuais de cada um, de forma a chegar as suas profundas necessidades, assumindo a comunicação e a construção da relação terapêutica, fatores determinantes do sucesso da intervenção.

Delineamos como objetivos terapêuticos desta sessão: promover a criatividade, estimular a capacidade cognitiva e sensorial, estimular a memória e atenção, contribuir para uma eficaz resolução de problemas, promover o reconhecimento de emoções do próprio e do outro, promover a expressão de emoções e sentimentos de forma ajustada, promover interações positivas entre os pares, promover a coesão do grupo de forma a permitir a identificação dos elementos no grupo e com o grupo, valorizando o sentimento de pertença.

Com o tema da sessão: “*Se eu fosse presidente...*”, procuramos também conhecer os gostos, interesses, prioridades e valores dos adolescentes e a sua projeção no futuro. Assim, atenta à estruturação da atividade e ao ambiente terapêutico – *setting*, organizei a sala e o espaço para o encontro, dispondo os recursos materiais necessários (folhas brancas, canetas de feltro e lápis de cor, coluna de som e telemóvel).

O grupo de adolescentes, faz-se acompanhar pelos seus familiares/pessoas de referência, e neste momento de boas vindas e receção, observo a interações com os familiares. Artur vem acompanhado da sua mãe, com uma postura de constante desafio para com esta, tenso e



“O destino do homem determina-se na forma como ele é gerado, no calor dos braços que se lhe estendem, na ideologia que o envolve e na liberdade que lhe é proporcionada para imaginar, experimentar e pensar.”

João dos Santos

oferecendo alguma resistência em querer participar na sessão, “obrigas-me a vir para estas cenas... não me apetece, não quero!” sic. Esta interação é vista por mim como uma oportunidade. Vou ao encontro deste e da mãe e reforço positivamente a sua adesão, devolvendo um feedback positivo em relação à participação de Artur na última sessão do “CRESCER”, elogiando-o com um sorriso, contato visual e entusiasmo. Ao reforçar positivamente esse comportamento, e ao colocar o foco no “positivo”, reconheci surpresa no não verbal da mãe, espelhando no RA, motivo de orgulho. Este sorri para ela de forma afetuosa e prazerosa.

Favorecendo o envolvimento, escuta ativa, promovendo uma relação de confiança e empatizando com as suas dificuldades, sinto que estava a caminhar num sentido de construção de relação, e de maior disponibilidade por parte de Artur. Assim, encorajo a sua participação, onde este acaba por ceder e aceitar, ainda com alguma contrariedade, “lá vou eu... que grande seca!”sic. Acredito que poderia explorar as suas preocupações, mas as limitações do momento, do espaço em si, sem privacidade (corredor), não eram favoráveis. Agarrei a oportunidade e acompanhei-o então até à sala de atividades, onde já se encontrava Maria e João.

Damos as boas vindas, elogiamos o grupo por iniciarmos à hora marcada e por manterem a adesão à sessão, e apelamos à participação no recordar do tema da última sessão e das regras que em conjunto foram elaboradas (favorecendo responsabilidade e compromisso).

Os adolescentes inicialmente oferecem resistência e inibição em participar, mas motivados pelos elementos dinamizadores, vão-se expressando. Dá-se início à sessão com a atividade de quebra gelo, onde de forma livre cada elemento é encorajado a verbalizar como correu a semana e o que fizeram. Artur refere que a semana foi boa, “não se passou nada na escola, só me chateio com a minha mãe porque ela não me deixa jogar quando eu quero!” sic. João, de gorro na cabeça, mãos nos bolsos, refere que não quer falar. Por fim, Maria relata que a semana correu bem, fala do colégio e das aulas e por fim aborda o seu contexto familiar, “tenho-me sentido ansiosa...eu e a minha mãe estamos sempre chateadas, eu quero conhecer o meu irmão e ela não me diz nem o nome dele, eu sei que ela fala todos os dias com ele, mas ela não quer que eu o conheça...” sic (chora). De forma contentora e sem expor Maria ao grupo, escutamola e devolvemos compreensão em relação ao que sentia, à memória e vivência, oferecendo-lhe um espaço de encontro no final da sessão.

Guiando o grupo de adolescentes, apresentamos o tema da sessão, a sua finalidade e objetivos, estimulando e reforçando a importância da participação de todos os elementos.

Segue-se a atividade de expressão plástica, onde cada elemento deverá expressar-se na folha de papel, com recurso a diversas formas de linguagem, como a escrita, o desenho, entre

outras, no sentido de completar a frase “Se eu fosse Presidente...”. Assim, é vestindo o papel de Presidente, através de uma representação simbólica e acedendo a um novo papel e estatuto, que em contexto de grupo e individual, vai facilitar o fenómeno catártico dos adolescentes. Associada à perspectiva de lhe conferir “poder” de ditar e fazer regras e leis, vem a perspectiva também da necessidade de se colocarem no lugar do outro.

Num primeiro momento, tentamos perceber junto do grupo que este reconhece o papel de um Presidente e o que faz. Após algumas orientações dadas ao grupo de adolescentes, fomos estimulando à sua criação. Era notório o empenho de Maria, motivada e debruçada a escolher as cores que lhe faziam sentido, e à medida que ia criando, interpretava o papel de Presidente. Vai utilizando a escrita e o desenho para projetar os seus interesses e gostos.

João apresentou-se relutante em participar, de gorro na cabeça, de mãos nos bolsos, com comportamento de oposição, refere que: “não me apetece... não quero ser presidente...sei la!”sic Procurei explorar os seus interesses, mas o seu não verbal era cada vez mais congruente com o comportamento opositivo, apresentando-se de fáceis fechado, discurso provocado, hipofónico e pouco perceptível atrás da máscara cirúrgica. Encontrava-me perante um desafio, conseguir desmobilizar e motiva-lo a participar. Como iria conseguir faze-lo?

Por sua vez, Artur mantinha alguma inquietação na cadeira e referindo “não me apetece escrever nada... eu não gosto de ser presidente, mas se pudesse ser, era presidente de festas, tinham de levar comida e a PS4 e a PS5, e era todas as semanas..., mas eu não me apetece escrever nada!”sic. Explorando os elementos e os conteúdos que Artur vinha trazendo para o espaço transicional, tentava motiva-lo a criar e a escreve-los.

Numa atitude de permanente reforço e estímulo, procurava pensar em estratégias promotoras de maior envolvimento de João e Artur na sessão, e reconhecendo o importante potencial da música, resolvi novamente utiliza-la como recurso e mediador. Esta já tinha sido por mim utilizada em outros momentos, com benefícios e resultados, depositando expectativa na mesma, reconhecendo-lhe a sua importância e conhecendo o gosto do grupo por música.

Assim, questioneei o grupo sobre os seus gostos e escolhas musicais e incentivei à escolha de uma música por cada elemento para ser colocada e escutada por todos no decorrer da sessão. Inicialmente os adolescentes manifestaram alguma introversão em conseguir nomear perante o grupo uma escolha musical, embora perante o estímulo, Maria refere gostar de ouvir músicas calmas e pede para colocar uma música do Tony Carreira “gostava muito de ouvir aquela da Sara Carreira com o pai... sabe quem é a Sara? Ela morreu num acidente. Eu gosto

muito de ouvir as músicas dela, pode pôr? “sic. Após validarmos com o grupo, trazemos a canção selecionada: “Hoje menina amanhã uma Mulher”.

A canção faz aflorar em cada adolescente emoções intensas, expressas corporalmente e verbalmente. Maria, esboça inicialmente um sorriso sereno e tranquilo, procurando o olhar dos dinamizadores. Vai cantarolando e expressando-se corporalmente de uma forma intensa, balanceando o corpo ao ritmo da canção. A letra fala-nos essencialmente de afetividade de pai e filha, de laços e perdas, e a adolescente vai nesta viagem musical, trazendo memórias do seu passado “Faz lembrar alguns momentos difíceis do passado. É muito forte para mim, gostava muito de encontrar o meu irmão, tenho muito medo de perder a avó por causa da pandemia” sic (chora). Importante contextualizar que Maria é seguida em Pedopsiquiatria desde 2015 por distúrbio reativo de vinculação de infância, perturbação do humor, deficit de atenção, dislexia e alexia. Vive numa instituição de acolhimento, integrando um colégio de ensino especial, estando por vezes com a avó materna (guarda parental foi entregue a esta, por contexto familiar). Chega com marcada impulsividade, não antecipando a consequência e comportamentos disruptivos nomeadamente em sala de aula. Baixa tolerância à frustração, irritabilidade e episódios frequentes de fuga de casa da avó, pernoitando na rua.

Por outro lado, é visível alguma inquietação do João. Reposiciona-se na cadeira e expressa desagrado, “que porcaria de música” sic, e faz comentário pejorativos em tom hipofónico e pouco perceptível. Contextualizando, este é seguido pela Equipa por perturbação Oposicional de Desafio e manifestando diversas formas, nomeadamente, impulsividade e baixa tolerância à frustração, dificuldades de aprendizagem, desinteresse e baixo rendimento escolar, dificuldades nos relacionamentos sociais, sinónimo de sofrimento.

Por sua vez, Artur fica mais agitado na cadeira, trazendo expressões faciais congruentes com a sua insatisfação, referindo que a música “é lamechas” sic, e que esse tipo de músicas o deixa irritado “eu não gosto nada destas músicas, isso irrita-me... para mim é trap e eletrónica... até para dormir só gosto de ouvir eletrónica” sic. Achei pertinente devolver a Artur e João, a importância de sabermos ouvir e respeitar a escolha do outro. Observo alguma dificuldade em se conseguirem colocar lugar do outro – empatia.

Percebo que a experiência de Artur com este estilo de música nada se aproxima a uma sensação de bem-estar, mas de outra forma possibilitou a expressão dos seus conteúdos internos de desconforto. Contextualizando, este iniciou seguimento na Equipa, por comportamentos disruptivos, heteroagressividade, impulsividade, dificuldades de aprendizagem, desinteresse pela escola. Com diagnóstico de Perturbação Oposicional de Desafio, Perturbação Episódica

do Humor e Deficit de atenção e concentração. Ambiente e contexto social e familiar em está inserido é complexo. Vive com a mãe e pai (ambos desempregados), avó paterna, tios, no total são dez pessoas numa casa com três quartos, onde o RA dorme com um tio de 40 anos e com rotinas diferentes deste, com o qual tem conflitos e desavenças frequentes. Ambos os tios terão consumos de álcool.

A canção termina e proponho uma nova escuta musical, Artur solicita uma música eletrónica, e nesta viagem musical, vai relatando as suas vivências ao grupo. Surgem temas como a escola, o ambiente familiar, vincando em vários momentos os conflitos que tem com um dos tios e as saudades da avó que já morreu “Tenho saudades da minha avó (fáceis mais fechado) ...o meu avô era muito mau para ela!”sic

Comecei a perceber que esta atividade facilitou canais de expressão e comunicação entre os adolescentes, emergindo assim o meu sentimento de satisfação. Subitamente João, retira as mãos dos bolsos, direciona-se e questiona Maria “como é que é viver numa instituição? “sic. Esta vai respondendo e interagindo de forma ajustada, referindo a sua vivência no colégio e das regras que lá existem. Este apresentou-se como um momento importante, uma vez que espontaneamente houve interesse no envolvimento com o grupo e com a atividade.

Percebia-se que a atividade fluía e a própria sinergia do grupo tomavam novas direções, onde o ambiente se assumia como um espaço contentor, terapêutico e estimulante aos adolescentes ventilarem sentimentos e emoções, emergindo as suas próprias vivências. Assim, nesta fase da atividade, considero que a música fez emergir e ampliou a dinâmica para as necessidades dos adolescentes, aumentado o vínculo destes com os dinamizadores, onde a relação terapêutica se ia aprofundando. Segundo Zanini (2004), a música cria possibilidades de encontro com o outro, mediando e facilitando o desenvolvimento da relação terapêutica. Por sua vez, facilita a interação, os relacionamentos interpessoais e ao mesmo tempo ajuda a contactar com os próprios sentimentos.

Permiti-me ir acompanhando o grupo, ao seu ritmo, o que ia emergindo de forma espontânea e criativa nas suas interações e partilhas. Dar espaço a esta sua espontaneidade tornava o encontro cada vez mais rico, onde surgiam temas importantes para os adolescentes, com potencialidade de posteriormente poderem ser trabalhadas. Mediante isto, a minha postura ativa/estimulante, espontânea, de reforço, e a minha comunicação recíproca e empática, diminuía a resistência e o tempo de latência dos adolescentes.

Por sua vez, empenho na atividade de expressão plástica progressivamente era maior por parte de Artur e João, que agora escrevia que seria “Presidente da F.P. de ciclismo e punha

as bicicletas mais baratas!”sic. Dei atenção positiva e elogiei de imediato a sua autoexpressão, no sentido de reforçar este comportamento, acreditando que este se poderia desenvolver e manter. Sinto um constante desafio pela frente, pois está a ser difícil conseguir chegar até João. Respeitando o seu ritmo, vou continuar a aprofundar a relação terapêutica, oferecendo-lhe um ambiente contendor e securizante que permita diluir as suas “muralhas”.

O percurso de vida da criança/adolescente é pautado por infimos acontecimentos e relações sociais que se influenciam reciprocamente, e que por sua vez, a interação entre vários fatores poderá levar a situações de desequilíbrio e destruturantes. Tal como João, também os outros adolescentes modelaram vivências de relações primárias muito inseguras e pouco securizantes, que se traduzem essencialmente em sofrimento. Assim, o enfermeiro procura interagir com o adolescente, atento à sua dimensão mais saudável e valorizando as suas potencialidades e recursos, onde a comunicação verbal e não verbal é o meio privilegiado para chegar à simbolização e expressão do seu sofrimento. (Pedro, 2005)

No final, apenas Maria e Artur partilham as criações, acedendo através da comunicação verbal ao objeto criado, falando de si mesmo, através deste. Este processo criativo surge como intermediário entre o adolescente, grupo e enfermeiro, “ajudando-o a aumentar o conhecimento de si, a facilitar a comunicação e a estabelecer relações pessoais satisfatórias.” (Ibidem, p.524)

Durante a partilha, os adolescentes foram mencionando as suas emoções e sentimentos durante a atividade. Maria refere: “fiz-me bem falar, sinto-me melhor e até tenho pena que já tenha acabado, gosto muito de ouvir música!”sic Artur refere: “oh normal... não fui à escola já é bom!”sic João não quis partilhar.

Concluo que mais uma vez a música foi facilitadora de comunicação no encontro (Benezon, 1985), e onde os olhares, os sorrisos por de trás das máscaras, o som e até mesmo o silêncio e a aparente passividade fazem parte do nosso mundo interior e dos quais faz parte refletirmos. Ao ajudarmos os adolescentes a transitar entre formas de expressão e linguagens, estimulamos a sua capacidade de ser mais flexível, descentrando-se de uma figura para a outra, buscando entendimento e construção “dentro dos seus muros internos”. (Pedro,2005)

Ainda estamos numa fase muito inicial do grupo psicoterapêutico, mas como nos refere Manes (2005) “Uma criança, no seu crescimento, percorre diferentes fases de desenvolvimento biológico, emocional e intelectual. Também o grupo tem de enfrentar várias fases de desenvolvimento...” (p.18). Assim também a relação terapêutica e o processo terapêutico caminham a ritmo próprio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benezon, R. (1985) *Manual de Musicoterapia*. Paidós Ibérica.

Manes, S. (2005). *83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupos: Um manual para psicólogos, professores, operadores sociais, animadores...* 6ª Edição. Paulus Editora.

Pedro, F., Marques, J., Vaz, P., Correia, S. & Almeida, A. (2015). O Papel do Enfermeiro. In Leal, D. (Coord.) *Manual de Psiquiatria da Infância e Adolescência – Avaliação, Compreensão e Intervenção*. (pp. 521-525). Coisas de Ler Edições.

Zanini, C. (2004). Musicoterapia e Saúde Mental: Um longo percurso. *Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental*. Vetor. [\(2\) \(PDF\) MUSICOTERAPIA E SAÚDE MENTAL - UM LONGO PERCURSO \(researchgate.net\)](#)

PRÉSIDENTE DE ARTES...

26.12.2003 ♥

Présidente da Fotografia...

Eu gostava muito que
Nós os pintores ganhassem
mais dinheiro...
O dinheiro que dou-lhes
Rebate de 1500€



A Fotografia também tem
o direito de ter os mesmos
direitos.

Produção de Maria

Présidente F.P. Ciclismo

Bicicletas mais baratas

Produção de João

PRÉSIDENTE

haver - festa cada semana
to cup
joga pelo clube

NÃO NA VOA

Eu não gosto ser PRÉSIDENTE

A Lista Festa
PS4 - PS5
COPINA
Bélgica

Produção de Artur

4º Jornal de Aprendizagem: 3ª Sessão do Grupo Terapêutico

Trago à reflexão mais um momento que vem a espelhar a evolução da minha prática. Este refere-se à 3ª sessão do grupo terapêutico “CRESCER”, realizada em co-terapia com a Enfermeira e Terapeuta Ocupacional, na qual assumi o papel de terapeuta. O impulso e estímulo que me foi dado, foi aceite com grande significado, visado pela competência que tenho demonstrado: na comunicação, na construção da relação terapêutica, pela minha atitude auto reflexiva, mobilizando conhecimentos baseados na evidencia relativamente à pratica de cuidados, pela minha atitude ativa, de procura e de envolvimento no contexto de estágio, com criatividade e flexibilidade, aliada à minha experiência profissional.

Esta sessão “*Música, corpo e movimento*”, tem como objetivos terapêuticos: dar continuidade à construção da relação terapêutica, favorecer a expressão corporal e rítmica, promover o reconhecimento de emoções do próprio e do outro, promover a expressão de emoções e sentimentos de forma ajustada, promover interações positivas entre os pares, promover a coesão grupal, estimular a capacidade cognitiva e sensorial e promover a criatividade e autoexpressão.

Preparei o espaço terapêutico e organizei os recursos materiais. Os adolescentes (Maria, João e Artur) chegavam à sala, e por curiosidade escolhiam o mesmo lugar desde o início do grupo, apropriando-se desse mesmo espaço físico, como elo de segurança, considerando-o como seu. Acolhemos o grupo, elogiando a presença de todos e dando atenção positiva ao comportamento participativo de cada elemento, no sentido de estimular e motivar a manutenção e amplificação deste. Questiono o grupo como correram as férias de natal e qual foi a prenda de natal que mais gostaram de receber, na qual todos os elementos vão nomeando sem dificuldade.

Posteriormente descrevo dinâmica, recordo os princípios orientadores do grupo e começamos com a atividade quebra gelo. Convido os adolescentes a levantarem-se dos seus lugares e a fazerem um círculo, mantendo as distâncias de forma a poderem movimentar-se livremente e mantendo as normas estabelecidas, face ao contexto pandémico. Encorajei os adolescentes João e Artur, perante os fenómenos resistências e comportamentos de oposição e desafio, demonstrados. João, de gorro na cabeça e mãos nos bolsos, ao seu ritmo vai-se levantando, e Artur modela o mesmo comportamento. Assim, dispostos pela sala, questiono o grupo que género de música gostam de ouvir e se algum elemento quer escolher uma música para trazer para o movimento. Permitir que os adolescentes escolham as músicas a serem tocadas na dinâmica, para além de os motivar e de lhes dar oportunidade de escolherem e partilharem uma música com o grupo (autoconfiança), permite-nos também conhecer melhor os seus gostos, escolhas e preferências. Segundo Santos, et al (2011), a formação e a vivência, direcionam a relação que o adolescente detém com um estímulo/estilo musical, onde a constituição da sua

subjetividade, está refletida na música que ouve. Assim, os estímulos musicais que acompanham as escolhas do adolescente, “evocam sentidos e significados construídos pela relação entre o sujeito e o contexto social ao qual pertence.” (p.167). Barcellos e Santos (1996), acrescentam que a mudança da própria adolescência, as transições e a mobilidade nos diversos contextos, permite por si só, uma polissemia de impressões, sentidos e significados diferentes. Deste modo, dar a liberdade na escolha da sua música, género/estilo musical, permite-nos conhecê-lo melhor.

Convido os adolescentes a movimentarem-se pela sala, procurando mover o seu corpo. A dinâmica inicia-se sem música de fundo, de forma a permitir que cada um encontre o seu próprio ritmo interior. Mantendo-se em movimento, é então colocada a escolha musical trazida por Maria, “Nós os dois” de Bárbara Bandeira. Acompanhando o ritmo calmo da música, vou convidando os adolescentes a começar por rodar os ombros para a frente e para trás, rodando a cabeça, as mãos, respirando, sentindo o corpo e a música. Nesta primeira fase de aquecimento, pretende-se fazer emergir o grupo no espaço e facilitar a consciência do corpo, de si e do outro.

Mantendo a expressão rítmica, vou introduzindo estímulos evocados pelas sensações imagéticas. Assim, convido os adolescentes: a imaginarem que estão num concerto, levantando os braços e as mãos, balanceando os mesmos e o tronco; a imaginarem que caminham em cima de nuvens de algodão muito fofo e suave; a imaginarem que o chão está muito quente, a escaldar e a queimar. Vamos explorando através do movimento e da imaginação, diferentes superfícies de contato. Envolvemo-nos com o grupo de adolescentes e promovemos a interação.

Observo atentamente o que emerge dos adolescentes e a forma como se expressam através do movimento, onde cada gesto e movimento está carregado de significado e emoção. Sousa & Caramaschi (2011) acrescentam que é uma fonte valiosa de informação sobre a emoção que se sente num dado momento.

Maria vai manifestando movimentos energéticos, gradualmente mais amplos e fluidos, rítmicos e harmoniosos, procurando os olhares dos dinamizadores e sorrindo para o grupo. João inicialmente de gorro e mãos nos bolsos, cabisbaixo e olhar no chão, vai expressando os seus comportamentos de oposição, todavia observo que no decorrer da dinâmica vão ocorrendo pequenas mudanças. Artur vai trazendo movimentos rígidos, tensos, pouco amplos e pouco fluidos, embora coordenados, explorando o espaço a seu ritmo, sorrindo por momentos.

Movimentando-se pela sala, convido os adolescentes a irem ao encontro do outro e fazer um cumprimento “à moda covid”, apresentando-se pelo seu nome. Observo que num primeiro momento, são os dinamizadores que procuram criar interações com os adolescentes do grupo, mas este comportamento facilmente se modela aos adolescentes do grupo, e estes vão procurando assim a interação entre os pares. Sublinhámos a importância do corpo como meio de

comunicação e expressão, estimulando a comunicação verbal e não verbal entre os adolescentes, facilitando as relações interpessoais.

Com intencionalidade terapêutica, vou procurando os adolescentes, tentando estabelecer contato ocular, apresentando-me pelo nome e fazendo um cumprimento “à moda covid”. Dirijo-me a Maria, que de fáceis aberto e sorridente se apresenta e estende o cotovelo, por outro lado João de fáceis fechado, desviando o olhar, apresenta-se pelo nome com discurso hipofônico e cumprimenta com o cotovelo. Recetivo ao meu encontro, Artur apresenta-se e faz um cumprimento com o pé, de fáceis aberto, procura o meu olhar mas rapidamente o desvia. Foi sem dúvida muito significativo, este dar-se e permitir-se, estimulando a interação positivas dos pares, a expressão da afetividade e favorecendo a auto- percepção e a percepção do outro. As vivências experienciadas neste exercício, são de maneira geral, fortes e intensas, uma vez que envolve o contato visual e físico, podendo os adolescentes sentirem desconforto ao serem olhados ou tocados. Se por um lado algumas pessoas dão importância sobretudo à necessidade mais afetiva, do contato visual, outras porém, poderão sentir medo de “serem descobertas”, de se sentirem, avaliadas ou julgadas, com embaraço, e tenderão a desviar o olhar e evitar a aproximação ao outro. Desta forma, estive atenta ao estímulos e comportamentos dos adolescentes.

Aproxima-se o fim da música e procuro no grupo se outro elemento pode trazer uma escolha musical, onde rapidamente Artur refere “eu gosto de música eletrônica!”sic. É colocada a música a tocar e os adolescentes são estimulados a expressarem-se livremente, permitindo explorar movimentos pessoais, o espaço e o grupo.

Nesta fase, convido o grupo a fazer um círculo e cada um vai inventar um gesto/ritmo para apresentar ao grupo (assumindo o papel de “líder”), todos deveram imitar, ampliando o sentido de grupo/pertença, acolhendo o ritmo do outro, reproduzindo-o. João encolhe os ombros, Artur pisca os olhos e Maria bate com as mãos nas pernas, produzindo um ritmo. A integração dos movimentos reproduzidos por todos, facilita o encontro com o outro. Os adolescentes vão partilhando ritmos/movimentos a seu gosto, aumentando assim a coesão. Segundo Benenson (1985) citado por Silva & Zanini (2014), ao interagirem através da mesma expressão, sintonizam-se uns com os outros, e onde por sua vez, o som e o movimento se complementam.

Os dinamizadores acompanham o grupo, explicando e exemplificando a outra fase da dinâmica. Realizamos um jogo de perguntas breves e curtas, com resposta dicotômica “sim/não”, iniciando gradualmente com perguntas mais simples, caminhando para as mais complexas. Este jogo teve como objetivos: conhecer, facilitar o conhecimento entre o grupo, permitindo que os adolescentes se identifiquem com os gostos dos pares, e perceber como estes se movimentam e expressam através do corpo. Mailhiot (1981) citado por Silva & Zanini (2014), falam-nos na

congruência entre o verbal e o não verbal, referindo que a comunicação verbal e não verbal nem sempre estão em sintonia, onde por vezes o não verbal está em dissonância com o verbal.

Construímos um sociograma, no sentido de conhecer os deslocamentos grupais. Segundo Ferreira et al (2018), “O uso do sociograma pode fornecer elementos para o planeamento de intervenções com vista à melhoria na qualidade das relações interpessoais...” (p. 137). Proposto por Moreno (1974), o sociograma é “um método de pesquisa de estruturas sociais através da medida das atrações e rejeições que existem entre os membros de um grupo. No domínio das relações interpessoais, são utilizados conceitos de significado humano, como escolha e aversão...” (p.41), utilizado na dinâmica de grupos.

Convido os adolescentes a imaginar uma linha na sala, onde a direita ocupa o lugar do “Não” e a esquerda ocupa o lugar do “sim”, e de acordo com a pergunta que é feita pelo dinamizador, se mobilizam na sala para o lugar da sua resposta. Das interações com os adolescentes, destaco algumas e trago à reflexão:

Ao perguntar: **“Quem gosta de ouvir música? E como esta te ajuda?”**, Artur responde: “gosto de ouvir música eletrónica, estou sempre a ouvir... até antes de dormir para adormecer gosto de ouvir!”sic. É explorado o que sente quando ouve este tipo de música, ao qual refere “faz-me sentir bem e é fixe!”sic. Reforçei a ideia de que quando vamos para a cama, se tivermos algo que nos dá muita energia podemos perder o sono, alguns elementos no grupo confirmam, todavia Artur mantém a ideia “nunca perco o sono!”sic. Importa referir que este, pela complexidade do contexto familiar e social, dorme com o tio de 40 anos, com rotinas diferentes da dele, onde as horas de sono por vezes são insuficientes e pouco reparadoras. As suas escutas musicais vão intensificar e estimular, uma vez que as características da música eletrónica são essencialmente carregadas de elementos fortes, rápidos e intensos, timbres progressivos, que criam expectativa e culminando em pontos mais agressivos da música (drop), com significado energético, libertando tensão, podendo interferir com o seu sono e descanso.

Ao questionar o grupo: **“Quem está afastado de um familiar que gosta muito?”**, Maria responde: “sim, do meu irmão, não o conheço e gostava muito de o conhecer, tenho pedido à minha mãe, ela não me diz, é por isto que nós discutimos. O meu pai está preso, também nunca o vi. Ele foi preso quando eu nasci! Eu sou assim como ele... (fáceis aberto e sorridente)”sic. Devolvo: És assim como ele? Maria partilha no grupo que consome drogas. Confesso que neste momento senti como se me tivessem dado um murro no estômago.

Perante o verbal e não verbal expressado por esta, sinto que de certa forma esta se manifesta de forma orgulhosa, quando se refere que tem o mesmo comportamento que o pai, identificando-se com ele. Por outro lado, acredito que esta narrativa emerge no sentido de “pedido

de ajuda”, ou tentativa de afirmação/protagonismo perante o grupo. Maria vai detalhando e trazendo pormenores para o grupo. É trazido para a dinâmica o tema dos consumos, aproveito para expor à discussão no grupo e questionar, o que acham do consumo de drogas? João vai murmurando “txi, estão todos queimados... na minha escola há montes de miúdos que fumam droga, eu não quero sequer experimentar, eles estão todos queimados!”sic, e Artur identifica-se e reforça: “eu também não quero, isso faz mal... nem pensar!”sic. Subitamente Maria partilha: “ah, então por isso às vezes fico tão irritada... às vezes não me consigo controlar, fico com muita energia!”sic Utilizo encorajamentos mímicos, demonstrando envolvimento e aprovação. Reforço os malefícios do consumo de drogas junto do grupo e ofereço um espaço de encontro para Maria no final da dinâmica.

Questiono o grupo **“Quem já prejudicou alguém para benefício próprio?”**, ao qual Artur posicionando-se no “sim”, refere: “eu já quase matei um amigo, à luta, teve de ir a escola toda para lá (risos)!”sic. Devolvo: Já quase mataste um amigo? o qual me responde: “sim, então... todos nós um dia vamos morrer, por isso (encolhe os ombros)”sic. Tentei explorar e desconstruir o comportamento agressivo, explorando: o que aconteceu? O que sentiste? Artur responde: “Senti raiva dele”. Mantive o contato visual, demonstrei uma postura atenta e disponível, escutei e dei abertura para o mesmo falar sobre o que aconteceu. Neste momento, senti que era necessário tempo para conseguir desconstruir o comportamento e perceber o que sentiu e o levou a agir. Por sua vez, poderia ter utilizado esta emoção (“raiva”) que emergiu, e explorava no grupo se já alguém também sentiu esta emoção. Este processo iria ajudar-lo a perceber e a identificar que mais elementos já teriam experienciado esta emoção, e que estratégias adotaram para reduzir esse sentimento. Aceitando-o e respeitando-o, poderíamos trabalhar esta emoção no grupo. Este, é assim espaço de encontro, fonte de conforto e segurança, onde nascem impulsos e se vivem as emoções, que depois são exploradas, compreendidas e pensadas. É esta função, que Bion chama de “continente” do grupo (ou rêverie), equivalente a “holding”, conceituado por Winnicott (Zimerman, 2000). Assim, é com o grupo e no grupo, ao qual o adolescente pertence, que existe a partilha, “numa mistura individual versus grupal, influenciando-se mutuamente, numa dialética” (Nabais & Guerreiro, 2005, p.222). Á medida que o grupo se torna coeso e se integra, “passa a ser um importante constituinte do enquadre¹ grupal e cumpre a importante função de se comportar como um adequado continente das necessidades e angústias de cada um e de todos.” (Zimerman, 2000, p.149).

¹ Segundo zimerman (2000), “o enquadre é conceituado como a soma de todos os procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o processo terapeutico.” (p144)

Este mobilizar de processos psíquicos e de dimensões de subjetividade em grupo, difere na maneira e na intensidade, quando comparado pelo método individual. (Kaes, 2003) Reforcei também a importância de nos colocarmos no lugar do outro - empatia.

No final da dinâmica, com cada adolescente delineámos um desafio para a semana: João conseguir ficar um dia inteiro sem jogar; Artur ajudar a mãe nas tarefas de casa pelo menos um dia desta semana; Maria conseguir ficar um dia sem fumar. Os elementos comprometeram-se esforçar para alcançar o objetivo da semana, o qual iria ser avaliado na próxima dinâmica.

Fechamos a dinâmica com a avaliação da mesma, onde os adolescentes partilharam: Maria “gostei muito de hoje, senti calma e tranquilidade quando ouvir a música e dançei. Também consegui falar de mim e de coisas que me deixam triste... havia coisas que nunca tinha contado a ninguém, nem à minha médica!”; Artur “oh, preferia fazer sentado!” sic; João “gostei... olhem o meu corte de cabelo (retira o gorro e dirige-se ao grupo demonstrando o seu novo visual causando surpresa entre o grupo)”sic. Na minha perspetiva, este demonstrou ser um momento importante e com grande significado. João, até então tinha demonstrado uma postura retraída e defensiva, com fraca recetividade e disponibilidade para o outro. O gorro apresentava-se como um elemento securizante para ele, na sua interação social, e o facto de o ter tirado, permitindo-se ser visto, era espelho de um caminho já feito no grupo e com o grupo. Acredito que este momento também se tenha apresentado como resultado do desenvolvimento da relação terapêutica ao longo das últimas semanas. A música, demonstrou ser um veículo promotor.

Batista & Ribeiro (2016), remarcam que “o papel da música como intermediadora das relações que são desenvolvidas no *setting* terapêutico, facilita o estabelecimento de novos vínculos, por meio da consciencialização de si e do outro dentro da perspetiva do coletivo” (p. 340). É um recurso de desenvolvimento pessoal através da ampliação de conhecimentos e capacidades pessoais e sociais, estimulando por sua vez a criatividade e favorecendo o despertar da afetividade. Deste modo a música mostra-se como uma componente significativa e potencializadora das mudanças individuais e coletivas.

Acompanhei João e Artur aos seus familiares, enquanto Maria permaneceu na sala acompanhada pela Enfermeira Especialista e pela Terapeuta Ocupacional.

O grupo caminhou numa sinergia própria, na qual fui respeitando os ritmos de cada um e adaptando-me neste processo transferencial da relação – sinergia de grupo. Para Bion (1961) citado por Vidigal (2005), “o grupo é considerado uma entidade psicológica na totalidade, tendo uma vida e uma energia próprias, independente dos indivíduos que o compõem e dotado de um dinamismo que evolui por sua conta.” (p.22) Tal como o grupo, também eu inicialmente confesso que me sentia um pouco ansiosa e inquieta, mas que gradualmente me fui descentrando de mim

mesma, e focando-me nos adolescentes, desenvolvendo a minha comunicação, observação e avaliação das necessidades e do que emergia ao longo da dinâmica. Na minha perspectiva, o que facilita a verbalização e permite que o adolescente partilhe as vivências do seu mundo externo e interno, é a sintonia afetiva que vou construindo com o este. Acredito por sua vez, que muitos destes adolescentes, poucas vezes, ou, pela primeira vez, vivenciam experiências relacionais positivas, onde são entendidos no seu todo e no seu mundo.

Durante a dinâmica, emergiram partilhas muito ricas, mas que necessitavam de mais tempo para serem trabalhadas. Neste sentido, irei priorizar e planear a próxima dinâmica, embebida nas necessidades identificadas. Ciente dos constrangimentos que se deparam com o contexto de saúde que vivemos nos dias de hoje, acredito que um dos próximos momentos de encontro, terão de ser por outra via comunicacional. Mesmo assim, mantendo a resiliência, o envolvimento com grande esforço e otimismo, vou tentar reinventar, readaptar, ombro a ombro com toda a Equipa de Pedopsiquiatria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batista, N. S. & Ribeiro, M. C. (2016). O uso da música como recurso terapêutico. *Revista de terapia ocupacional da Universidade de São Paulo*. 27 (3), 336-341. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i3p336-341>
- Barcellos, L. & Santos, M. (1996). A Natureza Polissêmica da Música e da Musicoterapia. *Revista Brasileira de Musicoterapia*. I (1), 5-18. [1-A-Natureza-Polissêmica-da-Música-e-a-Musicoterapia.pdf \(revistademusicoterapia.mus.br\)](#)
- Ferreira, A.; Brasil, T.; Acioly-Règnier, N. (2018). O Sociograma e os Processos Grupais: Uma experiência no campo educacional. *Comunicações*. 35 (2), 137-166. (2) (PDF) [O sociograma e os processos grupais: uma experiência no campo educacional \(researchgate.net\)](#)
- Moreno, L. (1974) *Psicoterapia de Grupo e Psicodrama*. Editora Mestre Jou.
- Nabais, A. & Guerreiro, E. (2005). A intervenção Psicoterapêutica em Grupo com crianças no período de latência. In Vidigal M. (Coord.) *Intervenções terapêuticas em grupos de crianças e adolescentes – Aprender a pensar* (p. 215-236). Trilhos Editora.
- Kaes, R. (1999). *As teorias psicanalíticas do grupo*. Climepsi.
- Santos, H; Teixeira, C.; Zanini, C. (2011). Contribuições da musicoterapia para o fortalecimento da subjetividade de adolescentes participantes de um projeto social. *OPUS*. 17 (2), 163-182. (6) (PDF) [Contribuições da Musicoterapia no Fortalecimento da Subjetividade de Adolescentes Participantes de um Projeto Social | Hermes Soares dos Santos e Claudia Zanini - Academia.edu](#)
- Silva, C. & Zanini, C. (2014). A relação entre a expressão corporal e a dinâmica de grupo em musicoterapia. *A Clínica na Musicoterapia: Avanços e Perspetivas*, 276-289. Iuri Andréas Reblin Ed. (6) (PDF) [A relação entre a expressão corporal e a dinâmica do grupo em musicoterapia | Claudia Zanini - Academia.edu](#)
- Sousa, N. & Caramaschi, S. (2011). Contato corporal entre os adolescentes através da dança de salão na escola. *Motriz, Rio Claro*. 17 (4), 618-629. [ARTIGOS \(scielo.br\)](#)
- Vidigal, M. (2005). *Intervenções terapêuticas em grupos de crianças e adolescentes – Aprender a pensar*. Trilhos Editora.
- Zimmerman, D. (2000). *Fundamentos Básicos de Grupoterapias*. Artmed.

3ª Sessão Psicoterapêutica - “Música, corpo e movimento”

Quadro de Perguntas

- 1 Quem gosta de futebol?**
- 2 Quem gosta de ouvir música?**
- 3 Quem toca um instrumento?**
- 4 Quem gosta de ir à escola?**
- 5 Quem sente dificuldade em fazer atividades acadêmicas?**
- 6 Quem gosta mais de ficar em casa?**
- 7 Quem participa nas tarefas de casa?**
- 8 Quem tem amigos?**
- 9 Quem pratica desporto?**
- 10 Quem escolhe a sua própria roupa?**
- 11 Quem está afastado de um familiar que gosta muito?**
- 12 Quem já perdeu alguém significativo?**
- 13 Quem já gostou de alguém a nível amoroso?**
- 14 Quem já ajudou alguém a fazer uma coisa difícil?**
- 15 Quem já prejudicou alguém para benefício próprio?**
- 16 Quem tem algum conflito com colega, amigo e familiar?**
- 17 Quem sente ser difícil falar de si próprio?**
- 18 Quem se sente muitas vezes irritado?**
- 29 Quem é capaz de parar e pensar antes de agir?**
- 20 Quem se sente muitas vezes feliz?**

APÊNDICE IV – A história de Ana



*“Cada criança nasce numa circunstância que,
desde sempre e para sempre, não foi nem jamais
será repetida. Numa circunstância ÚNICA.”*

João dos Santos

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAL – Comportamento Auto lesivos

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EESMP – Enfermeiro Especialista Saúde Mental e Psiquiátrica

HD – Hospital de Dia

IMV- Ingestão Medicamentosa Voluntária

SUH - Serviço da Unidade Hospitalar

A ADOLESCENTE

História de Enfermagem

Ana, nome pela qual gosta de ser tratada, é uma adolescente de 16 anos de idade, sexo feminino, leucodérmica, de nacionalidade colombiana e está atualmente em Portugal. Vive com a mãe YR de 36 anos e com o padrasto B de 35 anos. Atualmente, a mãe está desempregada e o padrasto trabalha na restauração, mas que com a situação pandémica também está sem trabalhar, sinalizando grandes dificuldades económicas. Têm beneficiado de ajudas sociais, sendo apoiadas economicamente nas despesas das deslocações em transportes e na compra da medicação para a Ana.

Frequenta o 10º ano de escolaridade – técnico auxiliar de saúde, com diminuição do rendimento escolar, com alguns conflitos com professores e colegas. É descrito em diário clínico, episódio de raiva intensa dirigido à professora, por esta lhe dizer que tinha um trabalho mal feito, e neste momento pensa em desistir da escola. Por esta altura, refere alucinações auditivo verbais “ouço alguém dizer que tenho de me cortar!” sic, com comportamentos auto lesivos (CAL) - arranhar-se, vozes de comando e ideação suicida. Sem consumos toxifílicos, no entanto está descrito que no passado terá tido 2 consumos de Ketamina em 2017 e 2018, em que o último terá ocorrido em contexto de ideação suicida.

É encaminhada pelo médico assistente, por Perturbação Depressiva refratária com história de várias tentativas de suicídio - Ingestão Medicamentosa Voluntária (IMV) e enforcamento, CAL, vários internamentos em Pedopsiquiatria no seu país natal (último em 2019 por ideação suicida) e antecedentes de abuso sexual aos 7 anos, com duração de 1 anos, revelando à família apenas aos 12 anos de idade.

Inicia seguimento em Hospital de dia (HD), embora dada a manutenção da ideação suicida, tenha sido proposto o internamento num Serviço da Unidade Hospitalar (SUH), mantendo o seguimento por pedopsiquiatria no pós-alta (HD).

À entrada no SUH, humor depressivo, fáceis triste, ideias de desesperança e auto desvalorização, descrita ideação suicida recorrente, com plano estruturado, sem fatores protetores e recusando pacto antisuicidário, com ideação de CAL, vozes de comando, recusa alimentar e hídrica. Com boa evolução no decorrer do mesmo, com alta e seguimento em hospital de dia, duas vezes dia.

Recorre ao serviço de urgência, acompanhada pelo padrasto, por ideação suicida, com ameaça de episódio de defenestração e heteroagressividade dirigida à mãe, com sintomatologia

psicótica (segundo registo de urgência, é encontrada pelos pais na cozinha com uma faca na mão, tenta apertar o pescoço da mãe e refere ouvir uma voz de um homem mais velho que lhe diz como fazer para morrer), é novamente internada no SUH. De realçar que as suas reações familiares descritas como mais contentoras estão no seu país de origem, e a família nuclear, tem-se revelado incapaz em lidar com o quadro, sendo inclusive referida dificuldade no cumprimento do regime terapêutico. Apresentou aumento ponderal de 30 kg em aproximadamente 12 meses. Desde a entrada, no SUH, em recusa alimentar total, com motivação de perda de peso, vômitos induzidos de conteúdo bilioso, dejeções diarreicas, e manutenção do quadro suicidário, transferida para o serviço de Pedopsiquiatria, para estabilização orgânica e retoma alimentar.

Entrevista de Enfermagem

A entrevista em enfermagem “...é uma permuta entre a enfermeira e a pessoa de quem ela cuida ou a sua família e para a qual elabora objetivos particulares relativos à colheita de informações, à transmissão de conselhos ou de explicações e ao suporte psicológico e à resolução de problemas.” (Phaneuf, 2005, p.250). Bermosk & Mordan (1994) citados por Chalifour (2009), afigura a entrevista de cuidados como “uma comunicação verbal ao longo de uma interação de uma enfermeira com um paciente, uma família ou um grupo, relativa à manutenção, promoção e restauração da saúde.” (Chalifour, 2009, p. 59). A entrevista em enfermagem, representa:

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

Em saúde mental e psiquiátrica, a entrevista, configura diferentes processos e etapas, com objetivos traçados pelo enfermeiro. Segundo Phaneuf (2005), a preparação, orientação, exploração e conclusão, fazem parte das quatro etapas da entrevista. Na primeira etapa-preparação, o enfermeiro, tomando em consideração meios e recursos disponíveis, define o objetivo da entrevista. Posteriormente, na segunda etapa-orientação, é a fase onde ocorre o primeiro contato do enfermeiro com a pessoa cuidada. Segue-se, a terceira etapa-exploração, onde o mesmo recorre a técnicas e habilidades, que o ajudam a recolher informações e permitem o encontro e o estabelecimento da relação de ajuda. Por fim, a quarta etapa-conclusão, ou fase

de despedida, procura analisar o caminho percorrido, compreender se os objetivos foram atingidos, dando igualmente conta, das barreiras que emergiram.

Foi neste enquadramento que realizei as entrevistas formais e informais à jovem, em momentos individuais e de grupo terapêutico, durante o internamento, realizando também entrevista de informação e colheita de dados à mãe de Ana.

Foi explicado à mãe todos os procedimentos e propósitos do estudo, pedindo consentimento para a elaboração do mesmo, a qual aceitou colaborar, mostrando disponibilidade.

Saliento que durante a entrevista, colocou-se alguma dificuldade na perceção de algumas expressões e palavras por parte da mãe Ana, devido à barreira idiomática, uma vez esta apenas fala apenas castelhano. Acredito que este fato poderia apresentar-se como uma importante limitação, contudo, fui capaz de comunicar com esta, por ter alguns conhecimentos na língua.

História de Vida

Período Peri-natal/ relação precoce:

Filha de uma gravidez não desejada, não planeada, vivida com períodos de grande instabilidade e ansiedade, por conflitos entre o casal, que nunca chegou a viver junto. A mãe teria na altura 19 anos de idade, o pai nunca aceitou a gravidez. Parto distócico por cesariana às 37 semanas, somatometria ao nascimento, com peso de 2,600 Kg e 48cm de comprimento, sem necessidade de internamento neonatal e sem intercorrências durante o parto.

Pais separados desde a gravidez e nascimento de Ana, a qual nunca teve relação próxima com o pai, e que segundo a mãe, este mantinha uma postura rejeitante em relação a esta, à diferença que este tinha com os sobrinhos, “ela estava muitas vezes lá em casa a brincar com os primos, ele quando passava por ela, nem olhava, nem lhe dirigia a palavra... está a ver alguém invisível? Era como ele fazia com ela... como se ela não existisse!” sic.

A mãe e a avó materna, foram as principais cuidadoras da jovem, ficando esta ao cuidado da avó, quando a mãe tinha de trabalhar durante o dia e estudar gestão à noite.

Primeira Infância (0 aos 3 anos):

Desenvolvimento psicomotor: a mãe refere que a Ana começou por se conseguir sentar e a gatinhar por volta dos 9 ou 10 meses, primeiros passos por volta dos 16 meses de idade.

Linguagem: a mãe não se recorda de quando Ana começou a falar, mas refere que palavra muito, e que nunca teve nenhuma alteração ou atraso na linguagem.

Padrão da alimentação: refere que nunca conseguiu amamentar, pelo seu trabalho e pelo tempo curto que estava com a Ana, ficando esta praticamente aos cuidados da avó materna, “â coisas que não me recordo muito... mas a menina nunca teve problemas e foi sempre saudável!”sic. Não referiu dificuldade em relação à introdução dos alimentos.

Padrão de sono: “tinha um sono muito irregular, acordava muitas vezes durante a noite, chorava muito... mas com a idade começou a melhorar... fazia sesta com a avó!”sic

Controlo de esfíncteres: “só por volta dos 3 anos?... não estou recordada!”sic

Socialização: a mãe verbaliza que Ana era muito meiga, sorria muito para a avó.

Objetos transitórios: a mãe recorda um boneco que a avó lhe deu.

Separação e perdas: “quando tinha de sair para ir trabalhar inicialmente não era tão difícil, mas com o passar do tempo e com a idade, as coisas pioravam... ela chorava muito... sei que não tinha o tempo para ela que devia, mas o trabalho e os estudos não em permitiam... o pai recusava e rejeitava a filha e também não ajudava em nada.

Segunda Infância – idade pré-escolar (3 aos 6 anos):

Esteve com a mãe e com a avó materna até aos 3 anos, altura em que entra para o jardim infantil, sem dificuldades de adaptação, “ela gostava muito de estar com outras crianças... conseguiu aprender a ler com 6 anos.” Sic

Sem alterações no padrão da alimentação e do sono “dormia no quarto dela e dormia bem!”sic. Controlo de esfíncteres no período noturno por volta dos 6 anos de idade.

Por volta desta idade, a mãe refere que Ana tentava aproximar-se do pai, mas o mesmo rejeitava-a, “ela não compreendia, chorava muitas vezes, tentava ajuda-la da melhor forma que sabia... por mim ela nem o conhecia, todos gostavam da menina, os tios, os avós, os primos, menos ele que a ignorava... foi muito duro, e ainda é para ela... ela desde sempre o procurou, mas ele virava-lhe as costas!”sic

Terceira Infância – idade escolar (6 aos 12 anos):

Entra no 1º ano aos 6 anos de idade, num colégio só para meninas, “na nossa terra a educação e a escola é boa, o governo dá oportunidades às famílias mais pobres de poderem por os seus filhos a estudar em colégios de forma gratuita... nós tínhamos muitas dificuldades, não

tínhamos muito dinheiro... o governo deu algumas ajudas... o uniforme... vinha um autobus buscar a casa e trazer no final das aulas” sic

Segundo a mãe, a Ana não apresentou dificuldades de adaptação ou de aprendizagem, transitando para 2º, 3º, 4º ano, com bom aproveitamento escolar, “nunca tive uma queixa da menina na escola” sic. No 5º ano de escolaridade, aos 10 anos de idade, começa com períodos de tristeza, isolando-se do grupo de amigos e tendo dificuldade em permanecer na sala de aulas “saía da sala de aula e ia para a casa de banho cortar-se”sic. No 7º ano de escolaridade, com 12 anos de idade, começa a ter algumas dificuldades de concentração, diminuindo o seu rendimento escolar, mas nunca reprovando. As disciplinas que mais gostava eram músicas, dança, filosofia e castelhano.

Carateriza-a como uma menina muito meiga, carinhosa, simpática e com muitas amigas, no entanto, por volta dos 11-12 anos de idade, “iniciou a sua tristeza, tinha ataques de pânico na escola e em casa, tinha medo dos outros meninos... ela também sofria pelo pai, tentava muito procura-lo e ele recusava-a sempre, ela tentava ligar para ele e deixava mensagens de voz que diziam... porque não me dizes a verdade papá? porque não em queres?” sic.

Por esta altura, conta à mãe, um abuso sexual. Neste período, a mãe de Ana, tenta procurar uma consulta de psicologia, mas segundo esta “ na nossa terra, temos de pagar muito por uma consulta privada, a terapia é muito pequena... os médicos são sempre diferentes, e estão apenas uns 20 minutos, o sistema é mesmo assim, eles têm de ser muito rápidos e isso não ajuda. Queria muito pagar uma terapia à menina, não tinha dinheiro, tive de vender roupa usada, a minha mãe vendia numa banca à porta do apartamento comida, era muito difícil (chora)” sic

A mãe consegue algumas consultas de psicologia para a Ana, mas que refere que teriam sido claramente insuficientes, no entanto inicia seguimento em consulta externa de psiquiatria. Retém destas consultas a ideia transmitida por um médico de que “o colégio só para meninas, não era bom para o caso da minha filha... como ela não tinha irmãs e sem pai, poderia ser mau para ela, então tentei muda-la para a escola mista, que só aconteceu quando ela fez 14 anos!”sic

A mãe, refere Ana faz a primeira tentativa de suicídio, aos 12 anos de idade, ingestão medicamentosa voluntária (IMV), com 50 comprimidos que não sabe especificar, o que motivou o primeiro internamento. Teve alta medicada com risperidona, olanzapina e clonazepan, no entanto, manteve a ideação suicida recorrente, ataques de pânico e irritabilidade, motivos que levaram ao segundo internamento, num internamento de psiquiatria de adultos. Após a alta, está descrito que a mãe suspende medicação e mantém sessões de psicoterapia mensais. Tem nova tentativa de suicídio por enforcamento na escola, mantendo sempre CAL

(cortes nos braços), em episódios de maior frustração e irritabilidade. Descrito que mãe recusou internamento, referindo como traumatizante o internamento anterior. CAL mantidos e ingestão de produto de limpeza motivou o terceiro internamento, novamente num serviço de psiquiatria de adultos. Mãe de Ana relata que durante este internamento houve duas ocorrências marcantes, enquanto internada sofreu de abuso sexual por parte de uma utente que estaria internada e segundo a mãe, tem nova tentativa de enforcamento “sufocamento com um lençol” sic. Medicada com quetiapina, ácido valproico, clonazepan, levomepromazina e escitalopram. Faz dez sessões de electroconvulsivoterapia, sem alívio da sintomatologia e com dificuldades de memória associadas.

Nova proposta de internamento, após corte no pescoço, mas que a mãe recusa e suspende toda a medicação. Ideação suicida recorrente e mantida, com CAL associado (corte longitudinal no braço com intenção de morte), é pela quarta vez internada. Tem alta medicada com quetiapina, clozapina e sertralina. Mãe refere aumento ponderal de peso, tendo inicialmente 65Kg e no atual momento 88 Kg, sem referir ingestão compulsiva de alimentos ou outras alterações do comportamento alimentar.

Adolescência – história de vida atual:

Vem para Portugal, acompanhada pela mãe e pelo padrasto, e segundo esta “viemos para Portugal, porque lá não há trabalho!”sic Relações familiares mais contentoras ficaram na terra natal “gostava muito de trazer a minha avó e o meu cão Dulci, para Portugal, já temos o bilhete comprado, mas por causa do vírus não deixaram viajar...vamos tentar um voo humanitário!” sic

Atualmente Ana, tem 16 anos de idade, frequenta o 10º ano de escolaridade de uma escola da região de Sintra, na área de Técnico de Auxiliar de Saúde, com bom rendimento escolar, preocupada em conseguir uma boa média escolar. O fato de ter vindo para Portugal, não lhe ter sido dada equivalência, e ter de repetir o 10º ano de escolaridade (já concluído anteriormente), é um motivo que a deixa triste, relatado pela mãe e pela Ana. Sem amigos de referência, segundo esta, não deixou amigos da escola “sempre fui muito fechada... mas cá até tenho uma amiga!”sic. Projeta-se no futuro a “trabalhar na área da saúde, ter uma casa e viver com um companheiro... viver, porque nos últimos anos não vivi!”sic

Ainda em entrevista com a mãe, é referido por esta, “ela não se adaptou bem a termos vindo para Portugal” sic, tendo recorrido, ao Centro de Saúde para pedir apoio e seguimento em Pedopsiquiatria, por manter quadro de humor depressivo, ideação suicida e alucinações

auditivo verbais. Neste contexto inicia seguimento e acompanhamento semanal por Pedopsiquiatria, Psicologia e integra grupo terapêutico, numa unidade/hospital de dia, na região de Lisboa. É descrito em diário de enfermagem, que a Ana, integrou várias dinâmicas de grupo terapêutico, participando e aderindo à mesma, partilhando de forma ajustada com o grupo, os seus gostos pela música (toca piano, violino e escreve poemas e músicas), no entanto estão descritos alguns episódios disruptivos e de CAL num aquecedor e na casa de banho da unidade, tendo necessidade de intervenção de vários técnicos.

A mãe de Ana, refere que por esta altura, a ideação suicida e as alucinações auditivo verbais eram recorrentes “todos os dias ela me dizia, quando vê um comboio sente vontade de se atirar para a linha, irritava-se muito facilmente, falava de uma forma muito agressiva para mim, ouvia vozes que lhe diziam para fazer mal!”sic

É internada no SUH, mantendo o seguimento por pedopsiquiatria no pós-alta (HD).Dia X recorre ao serviço de urgência, e é novamente internada na SUH, e transferida para o serviço de Pedopsiquiatria com apoio da Pediatria, para estabilização orgânica e retoma alimentar (Vide ponto 1.1 História de Enfermagem).

Variável biológica

Relativamente a esta variável biológica, realizado o exame físico a Ana: 158 cm de altura, 88 kg de peso e índice de massa corporal de 35,34 (obesidade); Pele e mucosas rosadas, anictéricas, acianóticas, hidratadas e integras; múltiplas cicatrizes (CAL), pescoço, membros superiores; cabelo castanho, comprido, penteado e limpo; unhas cuidadas; cabeça e pescoço simétricos; sem alterações da acuidade auditiva; sem alterações da acuidade visual; sem alteração do padrão respiratório e cardiovascular; em relação ao padrão gastrointestinal, a Ana apresenta-se em recusa alimentar desde a entrada no serviço, motivo pelo qual está entubada nasogástricamente; sem alteração do sistema génito-urinário e sistema músculo-esquelético.

Variável psicológica – Avaliação do Estado Mental

A avaliação do estado mental foi realizada em todos os momentos de contato com a Ana, nomeadamente, momentos de intervenção e entrevistas individuais, sessões de Grupo Terapêutico. Assim, apresento esta primeira avaliação do estado mental, fazendo referência ao primeiro contato com a Ana.

Apresenta idade aparente coincidente à real, aparência pouco cuidada e pouco investida. Veste roupa própria (fato de treino). Encontra-se vígil, orientada em todas as vertentes, pessoa, espaço, tempo e vivencia, atitude colaborante. Apresenta lentificação psicomotora, fáceis

fechado, expressão triste e ausente. Inicialmente com contato superficial, não mantendo contato visual, embora progressivamente mais sintónica, com fáceis ligeiramente mais expressivo, sorrindo algumas vezes, durante a entrevista, nomeadamente quando questionado acerca dos seus gostos. Atenção captável e fixável. Inicialmente com bradipsiquismo, discurso hipofonético e lacónico, lentificado e provocado, embora progressivamente mais espontâneo e fluente. Apresenta humor hipotímico, afetos ressonantes e congruentes com o humor. Pensamento ruminante em torno de ideias de morte e desesperança “já não faz sentido, deveria estar morta!”sic Alucinações auditivo verbais de conteúdo pejorativo e possíveis vozes de comando persistentes, verbalizando que ouve a voz de um homem que lhe diz para fazer mal a si própria. Ideação de CAL e suicida, sem mecanismo de *coping* de regulação, embora nomeie algumas estratégias ajustadas e eficazes - música e escrita.

Com pouca crítica e insight para o quadro clínico e motivo pelo qual está internada. Próxima do grupo de pares, embora não interage com os mesmos, tendencialmente isolada e a deambular sozinha pelo corredor do serviço, cabisbaixa.

Durante o momento individual, foram exploradas as suas principais preocupações, que Ana refere “gostava de conseguir falar com o meu pai e de ser uma menina como as outras!”sic. Explorados os seus gostos e interesses, “toco violino e piano, escrevo letras de músicas e poemas” sic, neste momento fica mais disponível, fáceis mais aberto. Com recurso à música, disponibilizei à jovem um momento em que tocou para o grupo músicas num piano digital, por mim descarregado em aplicação no telemóvel (“Perfect Piano”). Neste sentido foi promovida a expressão de sentimentos e emoções, estimulada a criatividade, capacidade cognitiva e sensorial, a autoestima, e a interação com o grupo. No final a jovem verbaliza “senti-me muito feliz, já há muito tempo que não fazia algo com um propósito... quando eu toco piano não penso em mais nada... a música dá-me vida!”sic.

Ana mostra vontade em construir aliança terapêutica e investir no seu processo terapêutico, recorrendo à música como mediador expressivo, fazendo o mesmo parte do seu projeto terapêutico. Assim, incentivei a jovem a trazer num próximo momento uma playlist de músicas que a ajudavam a reduzir o seu sofrimento, e reforcei a ideias de poder utilizar estratégias ajustadas em momentos de maior crise, nomeadamente escrever os seus poemas e as letras das suas músicas, a qual se mostrou muito recetiva e motivada.

Intervenção farmacológica e não farmacológica

Iniciou intervenção farmacológica aos 11 anos de idade, que mantém até então, com períodos em que a mãe decide suspender a medicação, retomando após reinternamentos.

No quadro abaixo, apresento o esquema terapêutico atual, cumprido por Ana:

	Jejum	Pequeno Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Ceia
Paliperidona 6mg		1				
Carbonato de Lítio 400 mg		1			1,5	
Diazepan 10 mg		1			1	
Naltrexona 50 mg		1				
Levotiroxina 0.025mg	1					
Esomeprazol 40 mg	1					
Sucralfato	1				1	
Trazadone 150 mg						1
Ciamemazina 100 mg						1
Melatonina 2 mg						1

Quadro 1 – Esquema terapêutico.

Em relação à intervenção não farmacológica, contemplada nas intervenções e competências do EESMP (F4)¹, implementei intervenções individuais com a Ana (APÊNDICE II), integrando a mesma o grupo terapêutico de dança e movimento, dinamizado pelos EESMP do serviço, o qual também integrei.

Indo ao encontro dos seus gostos e interesses, recorrendo à música, disponibilizei à jovem momentos de intervenção individual, onde desenvolvi e dei continuidade à construção da relação terapêutica. Procurei compreender as suas necessidades, promovi a expressão de sentimentos e emoções, a reflexão e autoconhecimento, a criatividade e espontaneidade, a capacidade cognitiva e sensorial, a autoestima, a esperança, promovendo estratégias de *coping* eficazes na redução do seu sofrimento.

A adolescente aderiu às dinâmicas, tanto individuais como em contexto de grupo terapêutico, com entusiasmo e grande envolvimento, embora inicialmente com pouca interação com o grupo, mas que progressivamente a mesma foi melhorada. Promovidos momentos de interação, partilha e reflexão.

¹F4 - Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Antecedentes e Caracterização da Família

Conhecer a estrutura da família, compreender como os elementos se organizam e interagem com o ambiente e entre si, tal como situações de risco, padrões de vulnerabilidade, bem como os seus problemas de saúde, apresenta-se como processo vital ao planeamento de cuidados à criança/adolescente e à família (Mello, et al, 2005).

Representação de Genograma

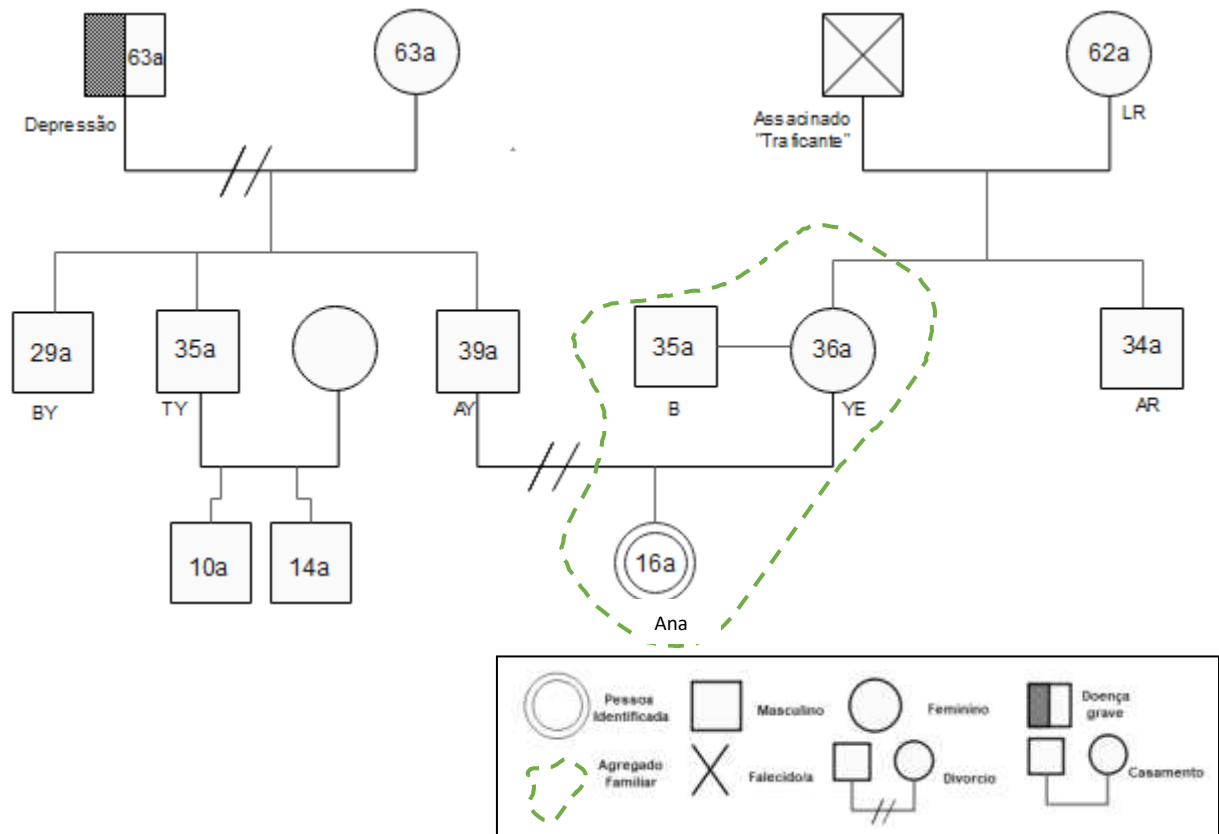


Figura 1- Genograma

Atualmente, Ana vive com a mãe YR de 36 anos, licenciada em gestão, trabalhava como assistente de direção numa empresa, e com o padrasto B de 35 anos, trabalhava numa empresa de construção civil. Atualmente, a mãe está desempregada e o padrasto trabalha na restauração, mas que com a situação pandémica, encontra-se em Lay Off.

A restante família alargada ficou na Colômbia. Segundo a mãe de Ana, não há qualquer contato com o pai da jovem, AY de 39 anos, “ele nunca a reconheceu como filha... toda a família do lado dele gostava muito da menina, tanto os avós, como os tios e os primos que brincavam muito com ela, menos o pai!” sic, havendo várias tentativas de contato, mas que nunca foram correspondidas. Como antecedentes familiares do lado paterno, segundo a mãe de Ana, o avô paterno “sofre de uma depressão muito grave!”sic

Em relação à família do lado materno, a Ana nunca chegou a conhecer o avô, uma vez que faleceu ainda antes desta nascer “não morreu de doença...foi morto... situação ligada a droga e tráfico!”sic. A avó LR, de 62 anos de idade, foi quem cuidou de Ana desde que nasceu e é a figura de suporte e securizante para jovem que refere “vivi sempre com ela, passava todo o tempo com ela, porque a minha mãe estava a estudar, queria muito que ela viesse para aqui!”sic

Representação de Ecomapa

O ecomapa é representado por um diagrama das relações da família e a comunidade, ajudando a avaliar as redes de suporte e apoio social, disponíveis e utilizadas por esta. É com esta representação que se compreende a presença ou ausência de recursos, sejam eles, sociais, económicos, culturais, num dado momento do ciclo vital, tratando-se de um processo dinâmico (ibidem).

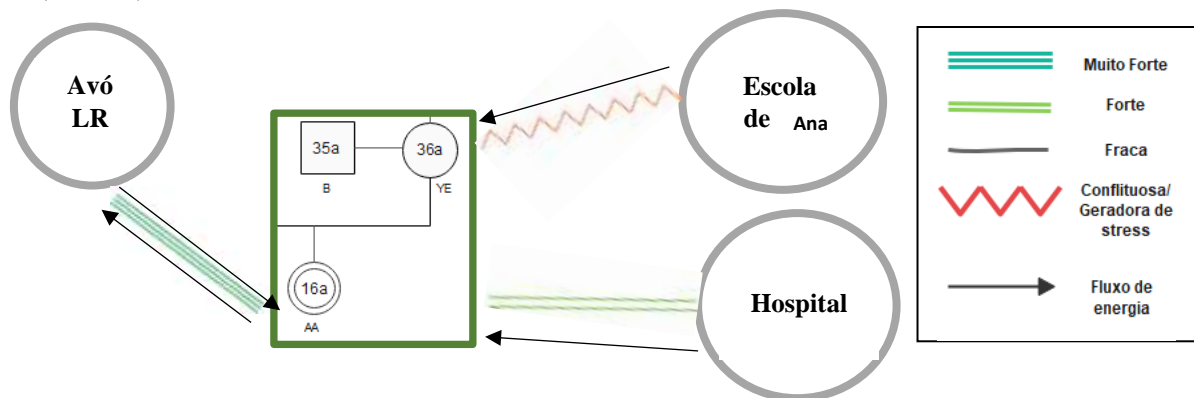


Figura 2 - Ecomapa

Nesta representação, constata-se no atual momento, a escassa rede de recursos e apoios sociais utilizados pela família e Ana, onde apenas estabelecem uma relação forte com o Serviço de Pedopsiquiatria (Hospital), onde a família refere sentir-se apoiada. Compreende-se por sua vez, uma ligação conflituosa com a escola e geradora de stress, uma vez que esta deixou de querer frequentar a mesma, referindo “os colegas da escola gozam comigo às vezes... deixa-me triste ter de repetir o 10º ano que já tinha feito!” sic Compreende-se que tem uma ligação muito forte com a avó materna LR, “, estamos a tentar que venha viver para cá para nos ajudar. Falamos muitas vezes por videochamada!”sic

Segundo Mello, et al (2005) quando se constata que uma família detém poucos recursos e fracas conexões à comunidade, necessita de uma maior atenção, investimento do profissional de enfermagem em intervenções que assistam a pessoa e família, na procura de novas conexões, estabilização de relações prévias e articulação com os recursos.

Representação de Psicofigura de Mitchell

A psicofigura de Mitchell, referenciada por Caeiro (1991) citado por Figueiredo (2009) é um instrumento muito útil que permite avaliar a componente desenvolvimental da família, através da representação das interações/relações inter-familiares, percebidas pelos membros que a constituem.

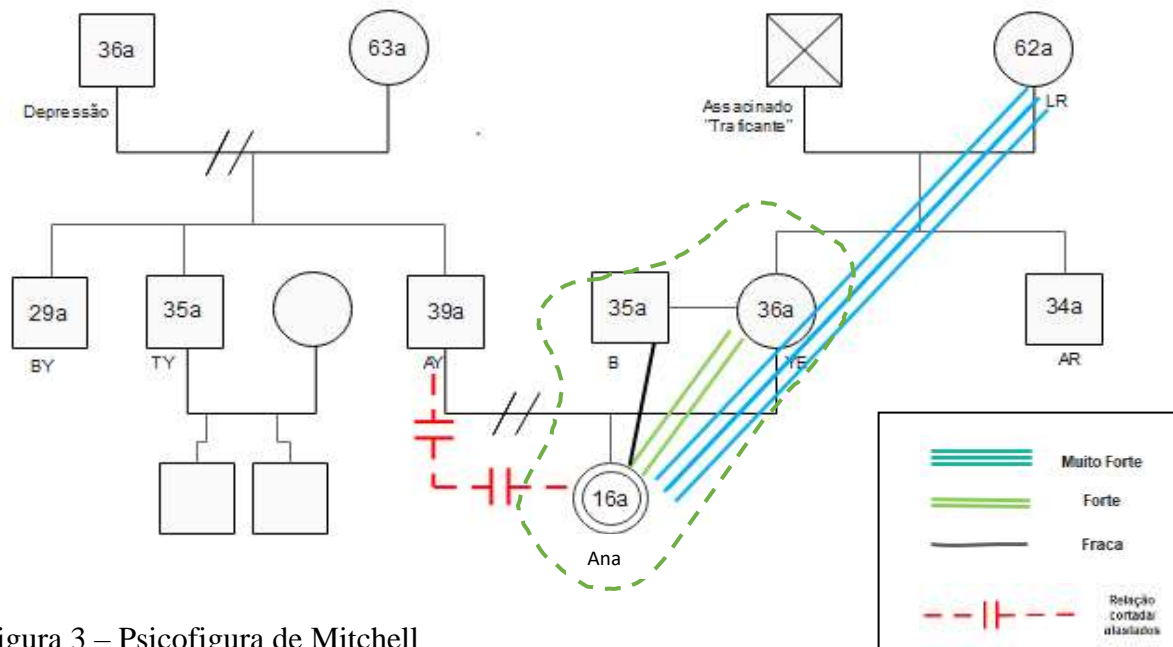


Figura 3 – Psicofigura de Mitchell

Em relação à família nuclear, Ana tem uma relação fraca com o padrasto, no entanto com uma relação forte com a mãe “sinto que ela está mais preocupada comigo e me compreende!”sic. Relação cortada entre o pai e a Ana, desde que esta nasceu “ele nunca a viu como filha!”sic. A família alargada vive toda na Colômbia, no entanto a relação securizante para Ana é a avó materna LR “só ela é que me compreende!”sic.

ANÁLISE SEGUNDO A TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS

Apresento e fundamento as três dimensões da teoria, de forma a compreender os fenómenos de transição presentes na Ana, e assim compreender o papel do enfermeiro como facilitador nestes mesmos processos. O quadro resumo apresentarei em APÊNDICE I.

A adolescência, fase de desenvolvimento onde se situa Ana, é palco de transição, de criança a adulto – *transição de desenvolvimento*, onde é esperada uma redefinição de papeis, abandonando o papel de criança, adquirindo novas construções e desempenhos. Palco de grandes desafios e transformações, esta fase da vida, é por si só um momento de crise (Coimbra de Matos, 2012).

A mudança da família nuclear, para Portugal, o próprio confinamento devido à situação pandémica que também por sua vez resultou no desemprego dos progenitores, pode ser considerada uma *transição situacional*.

Ainda no que concerne à natureza das transições, Ana apresenta comportamentos disruptivos, auto e heteroagressividade, CAL e ideação suicida, impulsividade marcada, na relação com o outro, oferecendo-lhe uma disfuncionalidade no estabelecimento de relações interpessoais, familiares e sociais. Segundo Pena (2011) citando Alencastre & Moreno (2003), a agressividade, a impulsividade e baixa tolerância à frustração, as dificuldades de aprendizagem, o desinteresse pela escola, as dificuldades nos relacionamentos sociais e/ ou familiares, alterações de comportamento, nomeadamente agitação, irritabilidade, rebeldia/ desobediência, inibição/ introversão, comportamentos autolesivos/ tentativas de suicídio, depressão, entre outros, são as principais alterações relatadas por pais de adolescentes em sofrimento mental. Estes comportamentos inadaptativos, poderão levar a vivenciar uma nova transição, passando de uma condição saudável para uma condição de doença – *transição saúde-doença*.

Estes três tipos de transição vivenciadas por Ana, estão a ocorrer em simultâneo, e assim sendo é fundamental que o enfermeiro esteja atento às mudanças que se vão operando, podendo ou não estar relacionadas todas entre si.

As dimensões da consciência, envolvimento, mudança, entre outros, são propriedades que as transições podem apresentar. Nos primeiros contatos com Ana, em momentos individuais, de entrevista e em contexto grupo terapêutico, esta apresentava fraco insight e crítica para os seus estados emocionais, embora atualmente mais atento aos mesmos e com crítica parcial para as situações de desregulação – *consciencialização*. Apresenta-se progressivamente mais envolvida e disponível na relação com o outro e em processo terapêutico, no entanto tem demonstrado pouco empenho e motivação na resolução de

problemas – *envolvimento*. Por sua vez a mãe reconhece que o quadro progressivo de maior irritabilidade e impulsividade, ideação suicida, auto e heteroagressividade, está relacionada, não só, mas também, com a mudança da família nuclear para Portugal, com perturbações nas relações e rotinas, ideias, percepções e identidades -*mudança*. Segundo esta, acrescenta que “desde que cá estamos (Portugal), ela tem tentado muito falar com o pai, ele nada diz.”sic

No que diz respeito às *transições de ordem pessoal*, destaco como fator facilitador, o fato de Ana estar mais atenta aos seus estados emocionais, procurando por vezes algumas estratégias de *coping* mais eficazes e ajustadas, como a escrita e a música. Por sua vez, também destaco o empenho e esforço por parte da mãe, envolvida e presente no processo terapêutico da filha. De outro modo, como fatores inibidores, remeto para a baixa tolerância à frustração e impulsividade marcada de Ana, produzindo por sua vez efeitos negativos no processo de transição, dificultando as possibilidades de minimizar o sofrimento mental desta e por sua vez recuperar o bem-estar.

Relativamente às *condições de transição da comunidade*, destaco como fator facilitador, a avaliação e discussão do “caso” em equipa multidisciplinar, a articulação desta, com a equipa multidisciplinar de HD, SUH e assistentes sociais, poderão contribuir também para o sucesso terapêutico. Por outro lado, o fraco suporte social, com inexistentes respostas sociais, o fato da família ter chegado a Portugal há relativamente pouco tempo, deixando figuras de suporte no seu país de origem, apresentam-se como fatores inibidores ao processo de transição. Uma outra condição de vulnerabilidade são as condições socioeconómicas baixas. A mãe aceita a ajuda dos recursos da comunidade.

O terceiro e último domínio da teoria, diz respeito aos *padrões de resposta* face às transições. Indicador de um processo positivo, a necessidade de *sentir-se ligado*, está presente, no entanto com a situação pandémica vivenciada, motivados esforços por fazer um trabalho de parceria, proximidade e envolvência com a família. Assim, demonstrei à família e Ana disponibilidade e acesso aos profissionais da equipa, onde estes recorrem muitas vezes. A mãe reconhece que a equipa é um forte suporte para ela e para a família Segundo Meleis (2010), interações positivas e a procura dos profissionais, representa um excelente indicador de experiência positiva do fenómeno de transição. Inicialmente, apresentava dificuldade em *interagir* com o grupo, preferencialmente isolada, com estratégias de *coping* ineficazes em gerir as emoções, nomeadamente a frustração. A confiança e adaptação – *coping*, é outra dimensão que também pode influenciar o sucesso da transição, e no caso de Ana, progressivamente e com

o evoluir da intervenção, apresenta algumas estratégias de *coping* mais adaptativas (vide Plano de cuidados Diagnóstico de Enfermagem *Coping* comprometido).

No entanto, como *indicadores de resposta*, Ana, vai estando progressivamente: mais tranquila, fáceis mais aberto e expressivo, adequada na interação com o outro; nas atividades terapêuticas de grupo, com maior envolvimento nas mesmas, com interações positivas com os pares; menos centrada em ideias de morte, autodesvalorização e desesperança; mais afastada de atividade alucinatória. No entanto, mantém: humor apreensivo; esporádicos períodos de baixa tolerância à frustração, e nestes momentos mantém ideação e tentativa de CAL, com alguns mecanismos de *coping* de regulação - música e escrita. Mais atenta aos seus estados emocionais, com crítica e insight.

A mãe verbaliza em entrevista, preocupação relativamente ao futuro da Ana, “não sei como ajuda-la, esta situação já vem desde há muitos anos... eu á não sabia o que havia de fazer lá em casa... não sei o que às vezes faço de errado...tenho medo de ela não voltar a ser uma menina com saúde. ”sic.

Assim, após análise e discussão segundo a teórica ancorada, emergem focos/necessidades, onde o EESMP tem aqui um papel fulcral em promover/facilitar/capacitar uma transição mais equilibrada e harmoniosa junto do adolescente em sofrimento mental. Este, detentor de uma compreensão singular do fenómeno de sofrimento e de quanto isto implica no projeto de vida do indivíduo, desenvolve conhecimentos e vivencias que lhe conferem competências, e que por sua vez lhe permitem mobiliza-se como instrumento terapêutico, junto do indivíduo em sofrimento.

Esta multiplicidade de manifestações de sofrimento mental de Ana, exige uma grande diferenciação de diagnósticos de enfermagem e implementações de intervenções adequadas, que serão apresentados seguidamente.

PLANOS DE CUIDADOS

Os planos de cuidados que se seguem, obedecem à taxonomia CIPE. Levanto como diagnósticos de enfermagem (ICN, 2017): *Coping* Comprometido; Humor comprometido; Auto-estima diminuída; Processo de Pensar Comprometido; Alucinação; Falta de Esperança; Interação Social Comprometida; Autocontrole Comprometido; Comportamento Autodestrutivo; Alimentar-se comprometido; Processo Familiar Comprometido; Risco de Não Adesão; *Stress* do cuidador elevado (mãe); Culpa. Apresento abaixo apenas três, embora considere que todos seriam pertinentes de ser apresentados.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
<i>Coping</i> Comprometido	<i>Coping</i> efetivo/melhorado	<ul style="list-style-type: none"> - Promover momentos de interação, partilha e reflexão individuais e em grupo terapêutico, indo ao encontro dos seus interesses e gostos (música e escrita); - Facilitar a capacidade de comunicar sentimentos e emoções, através de momentos de partilha em grupo, utilizando recursos e mediadores terapêuticos; - Identificar com Ana, fatores precipitantes e estratégias adaptativas que utiliza em situações de crise; - Encorajar à expressão de emoções e sentimentos vivenciados nos momentos de crise; - Ajudar o Ana a identificar as repercussões/consequências dos seus comportamentos; - Encorajar e reforçar positivamente, ajudando o Ana a reconhecer o esforço e progresso na adoção de estratégias adaptativas ajustadas; 	<p>Promovidos momentos individuais com Ana, com recurso a mediadores terapêuticos, como a música, pintura e escrita, nos quais esteve motivada e envolvida. Inicialmente pouco atenta aos seus estados emocionais e pouco disponível para explorar fatores precipitantes de crise, no entanto consegue identificar algumas estratégias adaptativas, embora não as coloquem prática. Apresentou estratégias de <i>coping</i> ineficazes, com dificuldade em gerir a frustração, impulsividade marcada e CAL (lesões abrasivas nas mãos – arranhar, episódios purgativos). Progressivamente mais disponível, consegue nomear fatores precipitantes e consegue colocar em prática estratégias eficazes em momento de crise, pedindo ajuda ao enfermeiro. Destas dinâmicas emergiram sentimentos, emoções e narrativas significativas (vide</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar Ana a pedir ajuda em momentos de crise. 	<p>APENDICE II – <i>Intervenções Individuais com AA</i>).</p> <p>Em contexto de grupo terapêutico, dança e movimento, aderiu às dinâmicas de uma forma espontânea, embora inicialmente com uma postura um pouco retraída. Ajustada e adequada com o grupo, partilha sentimentos e emoções com o mesmo.</p> <p>Progressivamente em momentos de interação, mais afastada de ideação de CAL, menos impulsiva e utiliza a escrita e a música de forma ajustada em contexto de crise. Consegue pedir ajuda. Reforçada positivamente.</p>
<p>Comportamento Autodestrutivo</p>	<p>Comportamento Autodestrutivo ausente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer relação empática e de confiança com Ana, disponibilizando presença e escuta, em momentos individuais e em contexto grupal; - Encorajar à expressão de emoções e sentimentos - Definir os limites terapêuticos da relação terapêutica; - Envolver Ana no seu plano de cuidados, enfatizando o seu primordial papel no seu plano de recuperação; - Avaliar a intencionalidade e o risco: Folha de Identificação de Fatores de Risco Clínico; - Maximizar a responsabilidade de Ana pelas consequências do comportamento autodestrutivo; - Focalizar aspetos positivos/fatores de proteção de Ana; 	<p>Procedi ao preenchimento da Folha de Identificação de Fatores de Risco Clínico, no qual se verifica a necessidade de vigilância permanente por muito alto risco de autoagressividade.</p> <p>Ana apresentou vários episódios de CAL, “é a única forma de aliviar o sofrimento!”sic, com necessidade de serem promovidos vários momentos de intervenção individual, e administrar medicação em SOS prescrita.</p> <p>Destes momentos, verbaliza ideias de morte e expressa sentimentos de desesperança, anedonia e adinamia. Expressa ideação suicida, sem plano estruturado, tentativa de realizar “contrato de não suicídio” que recusa. Contudo, verbaliza ter vontade de ser ajudada.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Explorar com Ana alternativas ao comportamento, encontrando estratégias adaptativa ao momento de crise; - Encorajar Ana a pedir ajuda em momentos de crise; - Monitorizar e administrar SOS se necessário. 	<p>Exploradas alternativas ao comportamento e encontradas estratégias adaptativas a momentos de crise – escrita e música.</p> <p>Ana procura por sua iniciativa, momentos individuais, onde com disponibilidade e escuta, encorajo-a a expressar emoções e sentimentos.</p> <p>Mostra mais disponibilidade para identificar as repercussões/consequências dos seus comportamentos, reflete acerca das mesmas.</p> <p>Manifesta progressivamente ideação suicida mais mobilizável, mantendo algumas ideias ruminantes de morte, mas não tendo intenção de as concretizar.</p>
Falta de Esperança	Falta de Esperança melhorada	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar a história de vida de Ana e as suas conquistas e talentos anteriores; - Explorar possíveis razões de esperança na sua vida e os seus recursos internos/fatores protetores; - Demonstrar esperança no seu valor e nos seus recursos internos para lidar com situações de crise/doença; - Promover um cuidado baseado nas suas potencialidades e forças; - Reforçar a autoconfiança e autoeficácia. - Promover momentos de interação, partilha e reflexão individuais e em grupo terapêutico. 	<p>Explorei com Ana a sua história de vida, conquistas/talentos. Identifica-se com a música, a escrita (“é a forma de expressar os meus sentimentos negativos!”sic), o xadrez, considerando-se uma boa jogadora. Ana ensinou-me a jogar xadrez. AA verbaliza já ter sentido esperança, mas atualmente refere “já perdi a esperança!” sic Promovidos momentos individuais com Ana, recorrendo à música, escrita e pintura, onde foram utilizadas narrativas de esperança, com expressões verbais positivas e de reforço das produções. Realizou kit esperança musical e participou em atividades de grupo terapêutico.</p>

CONCLUSÃO

O percurso até então construído e a realização do presente estudo de caso, vêm consolidar o *términus* de mais uma etapa, no processo de aquisição de competências do EESMP. Apraz-me encarar o mesmo, com a complexidade que lhe está subjacente, onde ancorada a referenciais teóricos e ao conhecimento aprofundado da criança/adolescente e família, chego às suas verdadeiras vivências, necessidades e transições, permitindo-me concretizar o presente processo de enfermagem.

Assim, enquanto futura EESMP, procurei realizar uma avaliação global do Ana e família, que me permitiu desenvolver uma descrição clara da sua história de saúde, com ênfase na história de saúde mental. Mobilizando-me como instrumento terapêutico, recolhi e organizei informação necessária e pertinente, através de: revisão de registos em processo clínico de Ana (internamento, SUH e HD); entrevista presencial com a mãe de Ana; momentos individuais e de contexto de grupo terapêutico; reuniões multidisciplinares; articulei com outros profissionais de referência de Ana.

Ancorada ao referencial teórico de *Afaf Ibrahim Meleis*, procurei avaliar e analisar os fenómenos de transição presentes em Ana e família, avaliando a natureza das mesmas, os fatores facilitadores e inibidores, e analisando padrões de resposta. Em suma, compreendendo o papel do enfermeiro como facilitador nestes mesmos processos, mobilizei o meu cuidar, tendo em conta as características e singularidades de Ana e família, compreendendo a essência da vivência/transição, analisando as suas potencialidades e delineando estratégias que favorecessem os processos de transição de uma forma mais saudável, melhorando a qualidade de vida destes. (Meleis, 2010)

Por conseguinte, desenvolvi planos de cuidados individualizados em saúde mental à adolescente e sua família, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados, negociando o mesmo com esta e sua mãe, e com a equipa multidisciplinar, fazendo em todos os momentos articulação com a mesma, no entrecruzar de conhecimentos e reflexões.

Foi-me tão impactante quanto inquietante, estar perante uma jovem que assim me expressa o seu pedido de ajuda, a sua desesperança e o “desejo de por fim ao seu sofrimento”. O comportamento suicidário apresenta significativa expressão nos jovens que nos chegam ao internamento, e assim sendo torna-se imperativo desenvolver respostas ajustadas e eficientes, numa abordagem multidisciplinar e integrativa (Santos et al., 2012; Sharaf et al., 2016; Santos et al., 2019). É para Benatti (2020), “um fenómeno complexo que reflete um intenso sofrimento

do adolescente e que causa um impacto angustiante na sua família” (p.6). Neste sentido, no âmbito das suas competências, o EESMP, baseado na evidencia, promove uma abordagem integrada do risco de suicídio – “mais contigo”. (Santos et al., 2014)

Em Portugal, o suicídio foi a causa de morte de 2,8 jovens entre os 15 e os 24 anos, por 100000 habitantes em 2014 (Morais Nunes, 2018), e segundo Azevedo & Matos (2014), numa amostra de 233 adolescentes, 10,7% apresentaram ideação suicida.

Com isto, percebi também que no nosso país existem estudos e programas de intervenção do EESMP no fenómeno do suicídio no adolescente, embora apenas com o foco prevenção e na pósvenção em contexto escolar e comunitário (Benatti, 2020).

Tendo presente estes dados, e vivenciando esta realidade no aqui e agora, empenhei-me desta forma tão complexa a realizar o presente estudo de caso – a história de Ana.

De todo o percurso realizado, fica patente, a importância da intervenção individual e grupal, no encontro das necessidades psíquicas e afetivas de Ana, “facilitando a mentalização e o pensar, através do apelo à criatividade, à figuração psíquica e a articulação entre atos, afetos, sentimentos, ideias, pensamentos...” (Vidigal, 2005), no qual emergiram vivências únicas, num espaço contendor e securizante.

Também neste sentido, trabalhei com Ana, a esperança. Assim, Querido (2020), vem acrescentar que:

Trabalhar a esperança significa colocar o enfoque nas possibilidades dos utentes, trabalhando o presente e preparando o futuro, assente na confiança e na capacidade de acreditar na mudança e atingir objetivos realistas, reforçando as estratégias de coping efetivas, permitindo-lhes sustentar a saúde física e mental. (p.243)

Assim, dando conta de mim mesmo, enquanto instrumento terapêutico privilegiado na relação, facilitador dos processos de transição vividos por Ana e família, espelhados neste processo de enfermagem... é sem dúvida desafiante ser Enfermeiro!

Neste *setting* de pandemia tão difícil para todos, cabe-me espelhar o dedicado esforço de Ana e de sua mãe, na partilha, na disponibilidade e na riqueza de todos os encontros, onde levavam genuinamente as suas vivências.

Devo também este caminho a toda a equipa no entrecruzar de conhecimentos das diversas disciplinas e de como estas, são a mais valia para o equilíbrio da avaliação de cada situação. Sinto um crescer conjunto, uma entrega de cada profissional em cada espaço de encontro, e assim foi, com esforço e dedicação em cada desafio que me permitiu chegar tão longe!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, A.; Matos, A. (2014). Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia da Saúde e Doenças*. 15(01), 180–91.
<https://www.redalyc.org/pdf/362/36231157015.pdf>
- Benatti, L. (2020). *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica junto do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio – Um processo de desenvolvimento de competências* [Relatório de Estágio, Instituto Superior de Portalegre, Escola Superior de Saúde]. Repositório Comum.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33569/1/BCTFC117.pdf>
- CIPE (2017). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Artmed.
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção Terapêutica – Estratégias de intervenção*. Volume 2. Lusodidata.
- Coimbra de Matos, A. (2012). *Mais amor, Menos doença: a psicossomática revisitada*. Climepsi Editores.
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto de cuidar*. [Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto. [Repositorio Aberto da Universidade do Porto: Enfermagem de família: um contexto do cuidar \(up.pt\)](https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/10216)
- Figueiredo, M & Amendoeira (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*. IV (2), 102-107. [O ESTUDO DE CASO COMO MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM | Revista da UI IPSantarém - Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém \(rcaap.pt\)](https://repositorio.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33569/1/BCTFC117.pdf)
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company,

- Meleis, A. I.; Sawyer, L.M.; Im, E.; Messias, D.K. & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Mello, D. et al (2005). Genograma e Ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*. 15 (1), 79-89. <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/download/19751/21816>.
- Morais Nunes, A. (2018). Suicide in Portugal: Image of the country. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 67(1), 25–33.
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0047-20852018000100025&lng=en&nrm=iso
- Murphy, S. A. (1990). Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. *Holistic Nursing Practice*, 4(3), 1-7.
https://journals.lww.com/hnpjjournal/Citation/1990/05000/Human_responses_to_transitions_A_holistic_nursing.3.aspx
- Pena, A. (2011). *Intervenções Expressivas em Grupo de Adolescentes em Sofrimento Mental*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16275/1/Relat%c3%b3rio_Ana%20Pena.pdf
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Querido, A. (2020). Promoção da Esperança em Saúde Mental. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coords.) *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp.243-245) Lidel.

Regulamento n.º 515/2018 de 7 de Agosto de (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República, 2ª série, Nº 151 (2018-08-07), 21427 – 21430.

Santos J.C.P.; Façanha J.; Gonçalves M.; Erse M.; Cordeiro R.; Façanha R. (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*. Ordem dos Enfermeiros.

Santos, J.C.P., Erse, M; Façanha, J.; Marques, L; Simões, R. (2014). + *Contigo: Promoção de Saúde Mental e Prevenção de Comportamentos Suicidários na Comunidade Educativa*. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. file:///C:/Users/benat/Downloads/MAIS_CONTIGO.pdf, acedido em 20 de junho de 2020

Santos, J.C., Façanha, J., Quaresma, M., Matos, M., Nabais, A., Coruche, I., Calças, C., Simeão, M., Brás, M., Carmo, C., Erse, M., Simões, R., Marques, L. & Loureiro, C. (2019). *Mais contigo – Tela de Emoções: Promoção de Saúde Mental e Prevenção de Comportamentos Suicidários no Ensino Artístico*. Associação Honorífica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Sharaf, A. Y.; Thompson, E. A.; El-Salam, H. F. A. (2016). Perception of Parental Bonds and Suicide Intent Among Egyptian Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 29(1), 15–22. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jcap.12130>

Vidigal, M. (2005). *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes – Aprender a pensar*. Trilhos Editora.

APÊNDICE I: Resumo da análise das três dimensões de Ana

Natureza das Transições		
Tipo de Transição	Padrões	Propriedades
<p><u>Desenvolvimental</u> Adolescência é palco de transição, de criança a adulto.</p>	<p><u>Simultânea</u> As transições estão a decorrer em simultâneo.</p>	<p><u>Consciencialização</u> Inicialmente nos primeiros contatos (momentos individuais, entrevista e em grupo terapêutico), Ana apresenta fraco insight e critica para os seus estados emocionais. Atualmente mais atenta e com critica parcial para as situações de desregulação.</p>
<p><u>Situacional</u> Mudança da família nuclear para Portugal; confinamento devido a situação pandémica; desemprego e dificuldades económicas.</p>		<p><u>Envolvimento</u> Progressivamente mais envolvida e disponível na relação com o outro e em processo terapêutico, no entanto demonstrando pouco empenho e motivação na resolução de problemas.</p>
<p><u>Saúde – Doença</u> Comportamentos disruptivos, auto e heteroagressividade, CAL e ideação suicida, impulsividade marcada, na relação com o outro, oferecendo-lhe uma disfuncionalidade no estabelecimento de relações inter-pessoais, familiares e sociais.</p>		<p><u>Mudança</u> A mãe reconhece que o quadro progressivo de maior irritabilidade e impulsividade, ideação suicida, auto e heteroagressividade, está relacionada, não só, mas também com a mudança da família nuclear para Portugal, com perturbações nas relações e rotinas, ideias, perceções e identidades.</p>
Condições da Transição		
	Fatores Facilitadores	Fatores Inibidores
Pessoais	<p>Mais atenta aos seus estados emocionais, procurando por vezes algumas estratégias de <i>coping</i> mais eficazes e ajustadas, escrita e música.</p>	<p>Baixa tolerância à frustração e impulsividade marcada;</p>

<p>Comunidade</p>	<p>Articulação com equipa multidisciplinar de HD, SUH, assistentes sociais; Avaliação e discussão do “caso” em equipa multidisciplinar;</p>	<p>Fraco suporte social (vide ecomapa), sem respostas sociais. Família chegada a Portugal há relativamente pouco tempo, deixando figuras de suporte no seu país de origem. Condições socioeconómicas.</p>
<p>Padrões de Resposta Face à Transição</p>		
<p>Indicadores de Processo</p>		<p>Indicadores de Resultados</p>
<p><u>Sentir-se ligado</u> Fazer um trabalho de parceria, proximidade e envolvimento com a família, é um bom indicador de processo; demonstrei à família e Ana disponibilidade e acesso aos profissionais da equipa, onde estes recorrem muitas vezes. A mãe reconhece que a equipa é um forte suporte para Ana e para a família.</p> <p><u>Interagir</u> Dificuldade em <i>interagir</i> com o grupo, preferencialmente isolada, com estratégias de <i>coping</i> ineficazes em gerir as emoções, nomeadamente a frustração.</p> <p><u>Desenvolver confiança e Coping</u> Vide Plano de Cuidados – Diagnóstico de Enfermagem <i>Coping</i> comprometido.</p>		<p>Ana, vai estando progressivamente: mais tranquila, fáceis mais aberto e expressivo, adequada na interação com o outro; nas atividades terapêuticas de grupo, com maior envolvimento nas mesmas, com interações positivas com os pares; menos centrada em ideias de morte, autodesvalorização e desesperança; mais afastada de atividade alucinatória. No entanto, mantém: humor apreensivo; esporádicos períodos de baixa tolerância à frustração, e nestes momentos mantém ideação e tentativa de CAL, com alguns mecanismos de <i>coping</i> de regulação - música e escrita. Mais atenta aos seus estados emocionais, com crítica e insight.</p> <p><u>Insight da mãe</u> Verbaliza em entrevista, preocupação relativamente ao futuro da Ana, “não sei como ajuda-la, esta situação já vem desde há muitos anos... eu á não sabia o que havia de fazer lá em casa... não sei o que às vezes faço de errado...tenho medo de ela não voltar a ser uma menina com saúde.”sic.</p>

Quadro 1 – Resumo da análise das três dimensões de Ana

APÊNDICE II: Intervenções Individuais com Ana

1ª Intervenção Individual

Tema: “Vamos conhecer a música que há em ti!”

Dia: X **Local:** Sala de estar do serviço

Recursos Materiais: Telemóvel

Objetivos:

- Promover a expressão de emoções e sentimentos;
- Permitir a vivência do presente, o aqui e agora;
- Compreender as necessidades de Ana;
- Estimular a criatividade, a capacidade cognitiva e sensorial;
- Promover a interação no grupo;
- Estimular a autoconfiança, autoestima e autonomia.

Avaliação:

Durante o momento individual, foram exploradas as suas principais preocupações, que Ana refere “gostava de conseguir falar com o meu pai e de ser uma menina como as outras!”sic. Explorados os seus gostos e interesses, “toco violino e piano, escrevo letras de músicas e poemas” sic Com recurso à música, disponibilizei à jovem um momento em que tocou para o grupo músicas num piano digital, por mim descarregado em aplicação no telemóvel (“Perfect Piano”). No final a jovem verbaliza “senti-me muito feliz, já há muito tempo que não fazia algo com um propósito... quando eu toco piano não penso em mais nada... a música dá-me vida!”sic.

Ana mostra vontade em construir aliança terapêutica e investir no seu processo terapêutico, recorrendo à música como mediador expressivo, fazendo o mesmo parte do seu projeto terapêutico. Assim, incentivei a jovem a trazer num próximo momento uma playlist de músicas que a ajudavam a reduzir o seu sofrimento, e reforcei a ideias de poder utilizar estratégias ajustadas em momentos de maior crise, nomeadamente escrever os seus poemas e as letras das suas músicas, a qual se mostrou muito recetiva e motivada.

Finalizamos o momento, com Ana entusiasmada e motivada, a ensinar-me a jogar xadrez, segundo esta refere ser muito boa jogadora.

2ª Intervenção Individual

Tema: “O que sinto quando oiço?”

Dia: Y **Local:** Sala multimédia do serviço

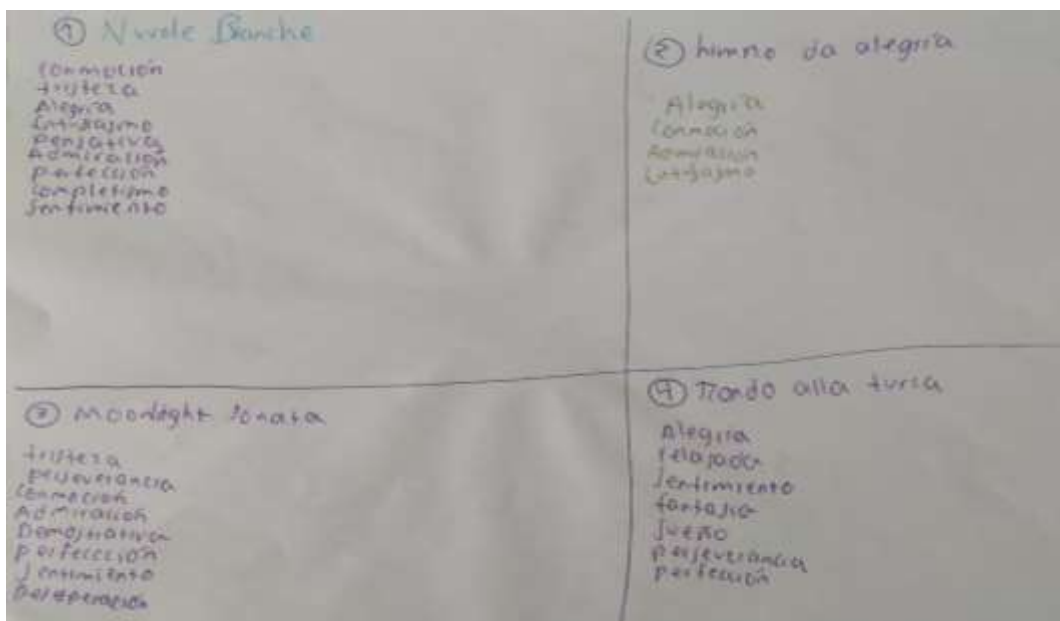
Recursos Materiais: Folha de papel branca A4, esferográficas, computador, coluna

Objetivos:

- Promover a expressão de emoções e sentimentos;
- Permitir a vivência do presente, o aqui e agora;
- Compreender as necessidades de Ana;
- Estimular a criatividade, a capacidade cognitiva e sensorial;
- Permitir o acesso ao simbólico das emoções e vivências;
- Estimular a autoconfiança, autoestima e esperança.

Avaliação:

Promovido momento individual com Ana, como resposta positiva, ao comportamento positivo, uma vez que esta já foi capaz de se alimentar de metade da dieta prescrita. Reforçada positivamente. Motivada e entusiasmada, adere à dinâmica proposta. Faz-se acompanhar da sua lista de músicas de autoajuda, anteriormente encorajada a elaborar. Estas são colocadas a tocar no computador, e é pedido a Ana para se expressar através do desenho ou da palavra, que emoções emergem quando ouve cada música. Empenhada e entusiasmada no decorrer da dinâmica. Partilha os sentimentos vividos em cada música. Refere que “senti-me escutada, gostei muito de ouvir as minhas músicas, senti alívio e abstração!”sic



3ª Intervenção Individual

Tema: “Desenhar-me com música.”

Dia: Z **Local:** Gabinete do serviço

Recursos Materiais: Folha de papel branca A4, lápis de cor, computador, coluna

Objetivos:

- Promover a expressão de emoções e sentimentos;
- Permitir a vivência do presente, o aqui e agora;
- Compreender as necessidades de Ana;
- Estimular a criatividade, a capacidade cognitiva e sensorial;
- Permitir o acesso ao simbólico das emoções e vivências;
- Estimular a autoconfiança, autoestima e esperança.

Avaliação:

Promovido momento individual com Ana, como resposta positiva, ao comportamento positivo, uma vez que esta foi novamente capaz de se alimentar de metade da dieta prescrita. Reforçada positivamente. Motivada e entusiasmada, adere à dinâmica proposta. Encorajada a escolher uma música e a desenhar-se com a música. Ana escolhe para tocar o tema: River flows in you, do autor: Yiruma. Empenhada e envolvida na produção. Partilha a mesma no final e os sentimentos vividos. Refere que “senti que estava a fazer algo com prazer, que era uma coisa que não tinha em nada do que fazia!”sic. Em relação à produção “esta flor sou eu, uma flor caída, quase sem vida, murcha e morta na terra, sofrida, sem ilusões, metas ou sonhos”sic Partilha que as notas de música a ajudam a melhorar “ir para cima!”sic.



4ª Intervenção Individual

Tema: “Tela de emoções”

Dia: Z **Local:** Gabinete do serviço

Recursos Materiais: Tela, tintas, pinceis, computador, coluna

Objetivos:

- Promover a expressão de emoções e sentimentos;
- Permitir a vivência do presente, o aqui e agora;
- Compreender as necessidades de Ana;
- Estimular a criatividade, a capacidade cognitiva e sensorial;
- Permitir o acesso ao simbólico das emoções e vivências;
- Estimular a autoconfiança, autoestima e esperança.

Avaliação:

Promovido momento individual com Ana, como resposta positiva, ao comportamento positivo, uma vez que foi capaz de pedir ajuda. Reforçada positivamente. Motivada e entusiasmada, adere à dinâmica proposta. Encorajada a expressar na tela, a emoção que mais predomina no aqui e agora. São colocadas a tocar no computador, a pedido da jovem, vídeos de tutoriais de piano. Muito entusiasmada na dinâmica. Partilha que a emoção que vive dentro de si é “dor”sic. Dá o nome à produção “Lá música és mi vida!”. Desenha a clave de sol, dentro de um coração, onde também está o traçado cardiográfico, “quero sentir-me viva, a música faz-me acreditar e faz o meu coração bater por algo. Tenho saudades de tocar piano, mas os meus pais podem comprar-me, não há dinheiro”sic



5ª Intervenção Individual

Tema: “Kit Esperança Musical”

Dia: V **Local:** Gabinete do serviço

Recursos Materiais: Caderno, lápis de cor, caneta esferográfica, computador e coluna

Objetivos:

- Promover a expressão de emoções e sentimentos;
- Permitir a vivência do presente, o aqui e agora;
- Promover a esperança;
- Estimular a criatividade, a capacidade cognitiva;
- Permitir o acesso ao simbólico das emoções e vivências;
- Estimular a autoconfiança e autoestima

Avaliação:

Promovido momento individual com Ana, a pedido da mesma. Motivada e entusiasmada, adere à dinâmica proposta. Encorajada a elaborar um kit de esperança musical, onde irá criar uma playlist de músicas, textos e poemas, desenhos. Muito entusiasmada na dinâmica. Partilha playlist de músicas, um desenho do seu cão Dulci “tenho muitas saudades dele, tenho esperança que venha para Portugal de avião com a minha avó... ficou na nossa terra com a minha avó!”sic, e um poema sobre a vida. No final partilha sentimentos como “foi muito agradável, senti-me como uma menina normal e completa!”sic Reforçada ideia de poder utilizar estratégias ajustadas em momentos de maior crise que ajudavam a reduzir o seu sofrimento, e dar continuidade ao seu kit esperança musical, quando tiver alta, podendo completa-lo com fotografias ou objetos significativos.

VIDA

I Algunas veces la vida,
no es como la planeamos,
pero tenemos que acostumbrarnos,
aunque no queramos.

II La vida no se trata,
solo de divertirse,
hay que pensar,
a dónde dirigirse.

III Creo que ahora,
los perfiles han cambiado,
por su forma de actuar,
y su terrible engaño.

IV No puedo creer,
cómo está el mundo ahora,
en vez de crecer,
van en paludaje.

V Lo último que tú,
no pudiste continuar,
pero ten presente que voy
siempre te voy a amar.

VI ¿Por qué?; no lo entiendo,
yo, no merecía esto,
me has metido,
en un eterno sufrimiento.

Rivers flows in you
Nuvole bianche
Moonlight Sonata
primer movimiento
moonlight sonata mov. 3
Ode to joyce - himno de
la alegría



APÊNDICE V – Jornais de Aprendizagem - Internamento

5º Jornal de Aprendizagem



“O destino do homem determina-se na forma como ele é gerado, no calor dos braços que se lhe estendem, na ideologia que o envolve e na liberdade que lhe é proporcionada para imaginar, experimentar e pensar.”

João dos Santos

Nestas duas semanas de estágio, vividas intensamente, emergiram emoções, as quais me permitirei refletir e explorar.

As primeiras perguntas que mais me inundaram e que trago à reflexão, são: Como é que posso fazer uso de mim mesma – *self*, e mobilizar-me enquanto instrumento terapêutico na relação com o outro? De que forma é que, o que a criança/adolescente me devolve, mexe comigo e como é que isso pode enviesar a relação terapêutica? Como irei, em conjunto com a equipa promover uma atmosfera segura e terapêutica – *milieu therapy*, ajudando a criança/adolescente em sofrimento mental internada no serviço?

Venho espelhar toda esta minha reflexão em momentos vividos com a Ana, uma jovem de 16 anos, com várias vindas à urgência, história de reinternamentos em unidades de pedopsiquiatria, internada por ideação suicida, comportamentos autolesivos, episódios de heteroagressividade dirigidos à mãe, recusa alimentar-se e episódios purgativos.

Deambulava pelo corredor, curvada em si mesmo, fâcies fechado e cabisbaixo. Ressaltava ao meu olhar, a sua grande trança, comprida e negra, que percorria as suas costas, a sonda nasogástrica por onde era alimentada e uma marcada e arrepiante cicatriz no seu pescoço... tinha tanto de belo como de triste. Este marcado sofrimento expresso, despertavam

em mim um sentimento de tristeza e compaixão, e questionava-me de que forma eu poderia ajudar a amenizar esse sofrimento? Como poderia ajudar a devolver vontade de viver? Seria a música, o mote para a trazer de “volta”? Ana toca piano e gosta muito de música, identificava-me com este seu gosto e interesse.

Estes dias fizeram-me refletir, porque fui eu ao seu encontro? O que me fez empatizar com o seu sofrimento? Porque veio ao meu encontro novamente alguém a “desistir” da vida, como tantas vezes acontece no meu local de trabalho? Ter-me-ia identificado com este gosto, que por sua vez também iria ao encontro com o meu projeto de estágio?

Estava perante uma vivência complexa, exigente e imprevisível, onde processos de transferência e contratransferência, ou até mesmo mecanismos de defesa como a projeção, poderiam emergir – podendo prejudicar a relação terapêutica.

Indisponível ao diálogo, procurei-a mais tarde, sentada na sala de estar, num grande sofá cinzento, onde outros jovens também estavam sentados. Perto, mas distante do grupo, sem interagir, ali se encontrava, imóvel e com olhar triste.

Foi aqui o meu primeiro contato com a Ana (nome fictício), procurei o seu olhar e apresentei-me. Recetiva ao diálogo, levanta a cabeça e procura o meu, embora de fáceis fechado. Tem um olhar carregado, profundo e triste. Quando questiono acerca do que gosta de fazer, esta rapidamente me responde que gosta de música, o seu estilo preferido – *clássico*, e que toca piano. Acredito que aqui, começava a projetar já alguma esperança e expectativa, espelhada nos objetivos do meu projeto, centrada nas minhas necessidades. Contrariando isto, tentei focar-me nas suas reais necessidades.

No decorrer do momento, convido a jovem a sentar-se numa grande poltrona colorida que se encontrava no canto da sala, onde acreditei ser um espaço com alguma privacidade, e que me ajudava a compreender melhor o que dizia. O seu discurso era arrastado e hipofónico, por vezes difícil de perceber também pelo idioma espanhol – Colômbia.

Exploro acerca das vivências de Ana, na sua terra natal, onde se demarca as saudades que tem da sua avó, e de alguma família que deixou na Colômbia. Verbaliza que “viver lá era muito complicado, há muita droga, matam muitas pessoas... a minha tia foi morta e não aconteceu nada... fui violada por uns amigos da minha mãe...”sic

Fiquei com a garganta seca, imóvel, sem conseguir devolver mais nada ali, se não: “acredito que isso tenha sido muito difícil para ti”. Não consegui suportar aquele sentimento, não conseguia imaginar tamanho sofrimento, nem era o espaço físico adequado para trabalhar

o que fosse. Nos dorsos das suas mãos haviam lesões abrasivas, ainda em fase de cicatrização, inundava-me só desta afirmação: que sofrimento habita esta jovem... e o que poderei eu fazer?

Turno após turno, vou tentado procurar a Ana com intencionalidade terapêutica, incentivando-a durante a refeição, procurando perceber o que a leva a expressar-se daquela forma. Vou-me mantendo disponível, genuína e autêntica no decurso da relação de ajuda com esta, empatizando as suas dificuldades, motivada a tentar compreender as reais necessidades, e oferecendo o melhor de mim.

Contudo, sentia-me incapaz e por um lado frustrada, pois Ana, mantinha a renitência em se alimentar, referindo que eu estava a mentir-lhe e ninguém a ia conseguir ajudar. Mantinha os comportamentos purgativos, tendo necessidade de procurar a equipa para informar estes episódios. Quando frustrada, auto agride-se. Estava consciente de que o seu pedido de ajuda, estava nestas respostas humanas desajustadas e desadaptadas, geradoras de sofrimento.

Atenta no *aqui e agora*, identifico um possível fenómeno transferencial. Será que Ana, estará a transferir para mim um papel modelado por identificações projetivas inconscientes de relações objetais primitivas, cuja matriz está na relação primária (mãe- bebé/criança), ou necessidades não satisfeitas no passado? Se por um lado o bebé/criança, procura a atenção da mãe, o amor e o afeto, expressando-me da melhor maneira que consegue, por outro questiono-me se estas manifestações comportamentais são representativas de um pedido de ajuda por mim ainda não percecionado? Assim, em contexto de baixa tolerância à frustração, e quando não “atendida”, autoagride-se, arranhando as costas das mãos e induzindo o vómito.

Deixo estas questões abertas, evitando imprimir aqui algum julgamento. Mantenho-me em construção da relação terapêutica, e consciente de que estes processos transferenciais e contra transferenciais poderão prejudicar a mesma, devendo portanto, se trabalhados. Isto é, por exemplo mediando os limites da relação sempre com intencionalidade de se atingirem plenamente o seu valor terapêutico. Por sua vez, é também fundamental que o outro entenda o porquê deste balizar, evitando interpretações erradas ou constrangimentos na relação. Reportando para a Ana, consigo de forma assertiva e calma, estabelecer limites como medida terapêutica, embora senti inicialmente algum medo de a magoar, ou que ela pode-se sentir algum desinvestimento, ou sentimento de poder sobre a relação. Este meu receio prende-se com o fato de estar a iniciar um percurso de tentar ganhar confiança e de conhecer Ana.

Por outro lado, permito-me mergulhar na seguinte reflexão... Terei eu a projetar na jovem o meu foco e as minhas necessidades? O foco no desenvolvimento do meu projeto e a preocupação com a concretização dos objetivos propostos podem levar a expectativas elevadas

e desajustadas face aos resultados, pois os mesmos são imprevisíveis. Mesmo com um planeamento cuidado e perspicaz de intervenções e mesmo que estas sejam, no meu prisma, na minha óptica, bem-sucedidas, nem sempre culminam nos resultados esperados. Terei eu a cair no risco de tentar transformar o outro naquilo que eu pretendo que ele se transforme?

Ana mantém comportamentos autolesivos e purgativos, continua a recusar comer. Sinto-me frustrada porque sinto que as minhas intervenções até então, poucos ganhos demonstraram. Por mais que se esteja em relação com o outro, e enquanto enfermeira sinto que tenho reações calorosas com esta jovem, conseguindo colocar-me no seu lugar, disponível para a escutar e trabalhar as suas necessidades, a verdade é que não sou responsável pelas suas decisões.

Esta minha frustração, espelha sentimentos contra- transferenciais, ou seja essencialmente, contra- identificações projetivas. Já a senti antes, o que me leva a estar alerta. Esta rapariga faz-me lembrar outra utente, do meu contexto laboral, a verdade é que os seus comportamentos são semelhantes, a impulsividade, ausência de foco e de autoeficácia. Neste momento, desisti da Mariana, são reinternamentos consecutivos, planos a médio prazo falhados, e a porta giratória tem cada vez mais força. Tenho um sentimento de evicção face a estas saídas fracassadas de Mariana, projectando-a para a Ana, querendo a todo o custo e investindo tudo na relação, para que não tenha os mesmos fins. Devo fazer uma pausa e analisar por lado a relação estabelecida até ao momento com a adolescente, que reações provoca ela em mim e qual o meu comportamento face às suas manifestações.

Estes momentos de interação tem-me comprovado que é fundamental o exercício do autoconhecimento no desenvolvimento da minha perícia enquanto futura EESMP.

Durante este processo reflexivo, eu própria me sinto numa porta giratória, dou de mim na relação terapêutica, intervenho e invisto, e o comportamento da utente não melhora. Sinto-me frustrada e posso desinvestir na relação, podendo passa despercebidas as suas reais necessidades. Não são as minhas necessidades, nem as necessidades que julgo identificar na Ana, são as suas necessidades. Tenho igualmente consciência de que a satisfação dessas necessidades não tem o mesmo *timing* que a minha intervenção, pelo que cada ganho poderá ser pequeno mas grande, uma vez que o alívio do sofrimento mental ocorre num processo *continuum*, demorado e muitas vezes inacabado.

A minha experiencia profissional em psiquiatria tem me dado oportunidade de compreender que o sofrimento mental pode manifestar-se de diferentes formas e a relação profissional-utente pode contribuir (com toda a humildade) para a transição comportamental que permita uma consolidação do *self*.

6º Jornal de Aprendizagem

No decorrer deste desafiante percurso de estágio, trago à reflexão o papel do enfermeiro como gestor do ambiente terapêutico, destacando a relação terapêutica, essencial em si mesma, na possibilidade de uma nova vivência de vinculação.

O Rodrigo (nome fictício), é um menino de 9 anos de idade, internado no serviço por alterações de comportamento, com episódios de crises disruptivas, conotadas com padrões de resposta desajustados. Muitas vezes, estas crianças, nos seus contextos sociais (casa, escola, sociedade...), desencadeiam respostas vinculadas a códigos morais, sendo definidas como “mal-educadas ou mal-comportadas”, acabando por vezes correr o risco de serem desinvestidas, “castigadas” e incompreendidas. Em contrapartida, neste contexto, de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, estes comportamentos devem ser compreendidos e traduzidos nos respetivos estados afetivos internos (de ansiedade, medo, tensão, raiva, etc.), e nunca ignorados, controlados ou modificados. (Strecht, 2001, p.206) Não menos importante é o papel também do enfermeiro na literacia, junto das redes de suporte da criança, nomeadamente a família, trabalhando as competências parentais, e a escola.

Rodrigo foi a primeira criança a vir ao meu encontro. De fáceis aberto, olhar meigo e vivaço, procurava saber quem eu era, e sorridente oferecia-me um bom dia, em jeito de segredo.

Aquela energia que senti ao entrar no serviço, acolhia-me e suportava-me. Fazia-me abrandar, da corrida contra o tempo, que vivia desde as 6 da manhã, altura em que apressadamente me levantava, e me despachava para chegar a horas.

Questionava-me: como é vivido e mobilizado o cuidar nesta nova realidade? Como é o dia a dia de cuidados e o encontro com o *outro/ambiente*?

Ancorada aos construtos e fundamentos teóricos e psicanalíticos de Winnicott¹ (1975, 2001), fortemente relacionada com o ambiente *suficiente bom* e a função contentora – *Holding*, onde o enfermeiro, instrumento do cuidar, oferece suporte e sustentação emocional e física, às



¹ Donald Woods Winnicott (1896-1971), pediatra e psicanalista inglês.

necessidades e movimentos de adaptação/transição da criança. Sustentada nesta premissa, também Correia (2014), vem acrescentar:

O ambiente *suficientemente bom* condensa, em si mesmo, múltiplas qualidades que Winnicott destaca como fundamentais na intervenção psicoterapêutica e que em enfermagem de saúde mental são valorizadas em paralelo, tanto na gestão do ambiente terapêutico, como na importância atribuída ao vínculo relacional. A função de *holding* apresenta-se como uma das particularidades, qualidades, que funda o ambiente *suficientemente bom* vinculando-se fortemente a uma noção de cuidado, de cuidar, mobilizada e vivida na intervenção de enfermagem. (sp).

É assim, num *setting* contingente, que o enfermeiro, com intencionalidade terapêutica, promove um ambiente empático, securizante, confiável e que vá ao encontro das necessidades profundas da criança/adolescente, onde permita ajuda-las a “metabolizar” as suas angústias, sofrimento e, podendo-lhe dar nome e transforma-las (canaliza-las de uma forma mais eficaz). É perante as mais diversas formas de “expressão” do sofrimento, que o enfermeiro é chamado a mobilizar-se, adaptando os cuidados às necessidades das crianças/adolescentes que cuida. É com este sentido, que também a própria estrutura da unidade de internamento, e organização do meio, se relacionam com a própria organização interna da criança, ou seja, cuidados estruturados, ajudam a estruturar. Também as atividades terapêuticas, se constituem como um importante organizador do ambiente psicossocial.

Também vinculada à função *holding*, está a noção de cuidar, vivida na intervenção de enfermagem. É com esta ideia de suporte, que o dia a dia de cuidados é apresentado como basilar na construção de uma relação terapêutica, fundada num ambiente *suficientemente bom*, que dê suporte à vivência de estados desintegrativos e regressivos, traduzidos em sofrimento.

Fazendo o paralelismo com a teoria psicanalítica de Winnicott (1975, 2001), em que relaciono este conceito de *holding*, físico e emocional, intimamente ligado ao conceito de mão/ambiente, oferecendo confiança, previsibilidade e contingência através do ambiente terapêutico e do vínculo relacional construído entre o enfermeiro-criança/família.

É com esta linha de pensamento e reflexão paralela, que me parece pertinente e concordante que nesta tríade, enfermeiro/ambiente *suficientemente bom*/ criança-família, se desenvolve um profundo respeito por esta. É com base neste respeito, que procuramos compreender “... em que ponto se encontram as suas dificuldades, o que queremos e para onde vamos quando estamos com elas”. (Strecht, 2002, p.221).

Correlacionado com esta linha de pensamento, está o todo o percurso que foi desenvolvido por toda a equipa com o Rodrigo, e em particular pelos seus Enfermeiros de

Referência, com quem criou fortes laços relacionais. O trabalho de multidisciplinariedade e integrativo, e por sua vez, de parceria com a família e recursos sociais, foi preponderante.

Empoderando o Rodrigo, e preparando-o para a transição, os Enfermeiros de Referência, criaram estratégias “reguladoras do comportamento”, através dos cartões SOS que leva consigo no momento da alta, para serem utilizados por este, em caso de necessidade.

A relação terapêutica com Rodrigo, construída, mantida e aprofundada com os Enfermeiros de Referência, ao longo do internamento, remetida para um percurso que passou pela avaliação, o diagnóstico, planeamento e desenvolvimento de intervenções, chegava agora ao fim.

Emergia o choro, a angústia de separação por parte de Rodrigo, e o importante trabalho dos Enfermeiros de Referência, que com perícia trabalharam o fim da relação e a despedida.

Sensibilizou-me este momento, e pensava: O que habitava agora dentro de Rodrigo? Seria tristeza, medo...?

Mesmo assim, empenhado, pediu ajuda para realiza um presente para deixar aos seus Enfermeiros, entregue em mãos e com um abraço carregado de afeto. Senti-me de coração cheio, uma sensação e emoção de plenitude. Esta vivencia foi tão intensa para ele... e para mim também o está a ser!

Foi com amor... sim, transportamo-lo em tudo o que fazemos, até quando cuidamos! Segundo Pereira (2015), “O amor no cuidar em enfermagem é uma força motriz que nos compele a fazer o melhor pelo outro, promovendo o seu valor mais elevado.” (p. 217).

O enfermeiro cuida...

Mas será que também ele é cuidado?

Que condições de suporte tem o enfermeiro que cuida?

Perante estas perguntas, permito-me refletir e mergulhar em mim mesma, e sim, também eu me sinto cuidada neste contexto de cuidados, neste ambiente e *espaço transicional*, que tão bem vai ao encontro das minhas necessidades e amadurecimento de mim mesma, enquanto pessoa e enfermeira... e que me permitiram Ser.

Também é espelhado de uma forma abrangente, nas próprias condições de trabalho, no rácio seguro de enfermeiro- criança/adolescente, na dinâmica, maturidade e competência da própria equipa, vinculada a processos de auto-conhecimento e supervisão clínica. Por sua vez, também são espelhadas as características de cada um, a vitalidade e energia que transportam diariamente, com humor, frescura e criatividade que os cuidados tanto precisam.

É também nesta tríade, enfermeira orientadora/ambiente *suficiente bom*/ aluna, fundada pelo respeito e compreensão, que me é permitido adensar as minhas competências, o meu conhecimento e amplificar as minhas intervenções junto das crianças/adolescentes.

Transportando para o meu contexto de cuidados em psiquiatria de adultos, vivencio esta profunda continuidade, enriquecendo as minhas intervenções junto do adulto. Conscientizo-me que, em certa medida atuamos e agimos muito preventivamente e precocemente com o uso do medicamento, acabando por “conter” assim o individuo e o próprio ambiente.

A criança tem-me ajudado a modelar e a ajudar a “ver”, que às vezes apenas um abraço, contem, envolve, protege, securiza e aconchega. Que, apenas e só um abraço, num movimento relacional, contem física e emocionalmente.

Por sua vez também me tem ajudado a mobilizar-me enquanto instrumento terapêutico, melhorando a minha comunicação não verbal, utilizando de forma intencional o toque terapêutico. Tendo em conta a premissa de que o toque serve para receber e transmitir informação, identificando previamente o que o outro sente e mobilizando o toque de forma intencional, posso ajudar a desviar ou bloquear o *stress* interno vivenciado pelo outro (Chalifour 2008), culminando numa contenção relacional. No fundo, a contenção química e relacional, apesar de terem formas de ação diferentes, culminam no mesmo propósito preventivo – contenção comportamental.

Reporto-me a uma situação de cuidados vivida no meu contexto de psiquiatria de adulto. Encontrava-me a fazer tarde com mais dois colegas de equipa. São 21:30, o telefone toca. A médica de urgência, transmite-nos a informação de que vai dar entrada no serviço um jovem de 17 anos de idade, por inexistência de vagas na unidade partilhada do serviço de Pedopsiquiatria de um hospital da área de Lisboa. Primeiras emoções e pensamento da equipa de enfermagem: medo, incapacidade e ansiedade; não é o ambiente e contexto para um jovem ficar internado; ninguém tem experiência com pedopsiquiatria, a não ser a Rita.

Assumo e recebo o jovem, que nos chega a dormir em maca. Faz-se acompanhar da sua mãe, a qual recebo em gabinete, fazendo o acolhimento e entrevista. Chega-me uma mãe muito assustada, angustiada, a pedir para ajudar o seu filho. Devolvo-lhe este momento individual de suporte e apoio emocional, despedindo-se já sem angústia.

Ao entrar novamente no serviço, encontro o jovem, a chorar de forma intensa, com discurso centrado na alta, “quero ir-me embora para minha casa... quero a minha mãe” sic os colegas vinham ao meu encontro, pedindo-me que ajudasse a acalmar o jovem. Sentado na cama, cabisbaixo, chorava compulsivamente. Posicionei de forma a ir ao seu encontro,

apresentei-me e empatizei com o seu sofrimento. O jovem, pouco disponível, chorava e pedia para ir embora para sua casa.

Em breves momentos, entra no quarto a restante equipa de enfermeiros. Atentos à minha intervenção, faziam-se acompanhar de estratégias farmacológicas, trazendo consigo um copo com água e uma olanzapina. Fiz sinal para que aguardassem...

Neste momento, fiz de mim mesma, veículo terapêutico, utilizando a relação, e gradualmente o jovem me devolvia, no seu não verbal uma maior disponibilidade e abertura ao diálogo. Transportava a emoção e os construtos vividos no contexto de estágio, tentando mobilizar toda a “arte e perícia”, agora para o meu contexto de trabalho. Sentia-o como um grande desafio. Afinal de contas, os elementos da equipa depositavam em mim competências acrescidas do contexto de Pedopsiquiatria, que teria de as mobilizar no *aqui e agora*.

Houve da minha parte, uma intencionalidade em acolher o jovem, tentando escutar e receber as suas emoções, reações, comportamentos e necessidades e de lhes dar sentido e dar-lhe a conhecer um novo ambiente que iria lhe permitir seguir um caminho de recuperação, com fim à sua própria homeostasia interna, que é única para cada pessoa. Ao favorecer e estabelecer uma relação de confiança com o jovem, transmito segurança face a um ambiente, que na minha perspetiva não é o mais adequado para a sua idade.

Se por um lado sentia alguma tristeza e pena do jovem, por outro também me sentia impotente, por não lhe poder dar um outro ambiente físico, mais ajustado à sua idade. As características do ambiente do serviço, a tipologia de clientes adultos em fase aguda...

Isto incomodava-me...

Mas de que forma a relação de ajuda estabelecida entre mim e o jovem, poderia vir a colmatar esta insuficiência ambiental? O que estaria ao meu alcance? Como é que me iria mobilizar? O que poderia eu fazer de diferente? Como poderia eu ajuda-lo nesta transição e ajudar a equipa a gerir estes sentimentos de medo “por não saber lidar”?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica, volume 1 – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Lusodidacta.
- Correia, S. (2014). *Intervenção de enfermagem com crianças que apresentam perturbação do comportamento numa Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência- Uma abordagem da praxis na perspetiva da equipa de enfermagem*. (. [Relatório de Estágio, Instituto Politécnico de Setúbal- Escola de Saúde]. Repositório). [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6601/1/Trabalho de Projeto_SusanaCorreia.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6601/1/Trabalho_de_Projeto_SusanaCorreia.pdf)
- Pereira, P. (2015). *O amor na relação terapêutica em enfermagem- Experiência vivida do enfermeiro de saúde mental*. [Tese de Doutoramento em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório UL. [ulsd071581 td Patricia Pereira.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10400.26/10400.26/1/td_Patricia_Pereira.pdf)
- Strecht, P. (2001). *Interiores – uma ajuda aos pais sobre a vida emocional dos filhos*. Assírio e Alvim.
- Strecht, P. (2002). *Crescer Vazio – Repercussões Psíquicas do Abandono Negligência e Maus Tratos em Crianças e Adolescentes*. (4ª ed.). Assírio e Alvim.
- Winnicott, D. (1975). *O brincar e a realidade* (J. Salomão, Trad.). Imago Editora. (Tradução do original em Inglês *Playing and Reality*, 1971, London: Tavistock Publication Ltd).
- Winnicott, D. (2001). *Holding e Interpretação* (S. de Barros, Trad.). (2ª ed.). Martins Fontes. (Tradução do original em Inglês *Holding and Interpretation*).

APÊNDICE VI – Sessão de Dança e Movimento
“Dançar a autoconfiança”

Plano de Sessão

Dança e Movimento

Tema: “Autoconfiança” **Grupo-alvo:** 7 adolescentes do serviço de internamento

Dinamizadores (Terapeuta/ Coterapeuta): Enfermeira Rita Palma/ Enfermeira Especialista

Dia: X **Duração:** 60 min **Local:** Ginásio do Internamento

Recursos Materiais: Computador; Colunas; Playlist; Marcadores; Papel A4; Lençóis; Pufes; Cobertores; Pinceis.

Objetivos Gerais:

- promover a expressão de sentimentos e emoções através do movimento;
- permitir a vivência do presente, o *aqui e agora* e o acesso ao simbólico das emoções e suas vivências
- promover a criatividade e espontaneidade;
- promover interações positivas entre os elementos do grupo – coesão grupal.;

Fases	O Exercício	Condução Verbal	Música e Duração	Material
1. Flowing	- Caminhar pela sala - Movimentos livres - Tomar consciência do corpo no <i>aqui e agora</i> - Facilitar acesso ao simbólico	“Vamos começar por caminhar pela sala livremente e tentando encontrar o nosso caminho” “Agora vamos espreguiçando, esticando os braços, respirando fundo, rodando os ombros, enchendo o peito com ar pelo nariz e deitando fora pela boca” “Estamos leves, confiantes no nosso caminho... no caminho que escolhemos e decidimos caminhar”	Xavier Rudd – Follow the Sun (4min e 19 seg.)	Computador Coluna Lençóis

-Técnicos distribuem um lençol por cada elemento, simbolizando uma capa de poderes e qualidades.

“podemos imaginar que estamos a voar, que voamos como os pássaros, confiantes, em direção aos seus objetivos”

“Vamos sentindo o ritmo da música”

“Agora, imaginamos uma grande tela, a qual vamos pintar com os nossos pés da forma como quisermos... vamos pintar a confiança!”

“Temos de pintar a tela por completo, podemos pinta-la a saltar, com as mãos e até com o corpo!”

“vamos caminhar confiantes, e começando a encontrar-nos e a cumprimentar-nos com o olhar, porque o olhar também fala!”

“Se quisermos, podemos cumprimentar o outro de forma diferente, à medida que nos vamos encontrando”

“Há momentos nas nossas vidas que podemos sentir que não somos capazes, ficamos sem confiança, sem vontade, não acreditamos em nós, não cuidamos do nosso corpo e do nosso coração... e como é sentir isso no corpo? Os ombros são pesados, o corpo fica sem energia..., esquecemo-nos das nossas qualidades, dos nossos talentos”

“Esta capa vai proteger-nos e acima de tudo vai ajudar-nos a lembrar as qualidades e talentos que existem em nós”

“E quando nos lembramos de quanto fomos capazes e do quão forte fomos em certos momentos da nossa vida, começamos a sentir o nosso corpo com mais

Jack Johnson –
Upside Down
(3min e 7 seg.)

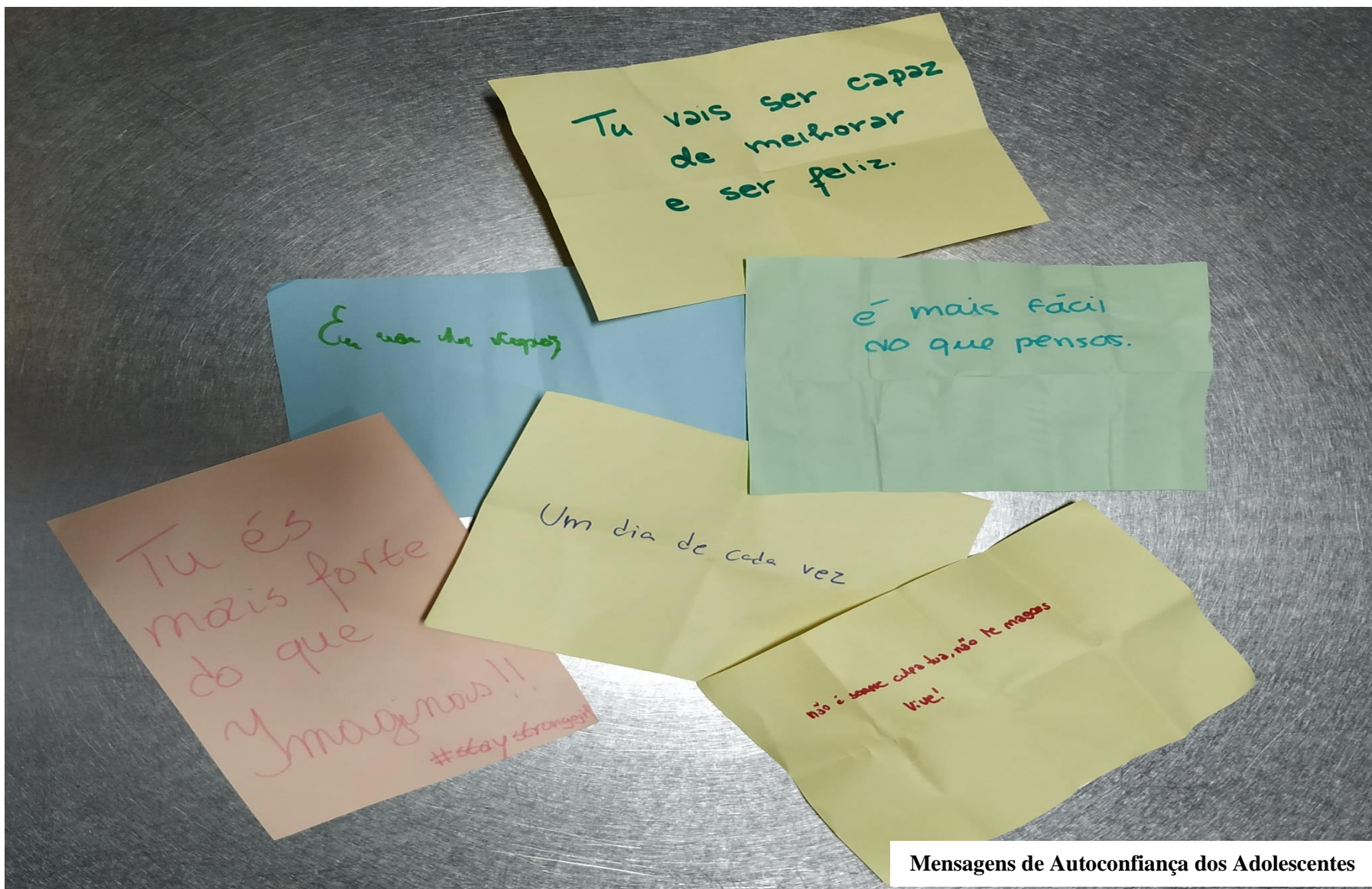
		energia, mais vontade...”		
2. Stacatto	- Dançar com confiança (postura corporal positiva, caminhar confiantes) - Experimentar oferecer ao outro, um gesto ou uma mensagem de confiança	<p>“Hoje dançamos a Confiança, e o que é a confiança? É sentir que somos capazes, acreditar, ter coragem...e podemos começar por dançar a Nossa confiança”</p> <p>“Hoje caminhamos confiantes e vamos transmitir ao Outro essa confiança que estamos a sentir”</p> <p>“Podemos fazer um gesto ao outro, oferecer uma mensagem de confiança ao grupo”</p> <p>“Vamos ao centro tiramos um marcador e um papel e cada um vai escrever uma mensagem de confiança para si próprio e guarda-la para si!”</p> <p>“E agora esta capa já nos fez recordar os nossos talentos, qualidades e conquistas”</p>	Boss Ac – Tu és mais forte (3min e 50 seg.)	Computador Coluna Marcadores Papel A4
3. Chaos	- Dançar como se fosse tivessem um super poder. - Os técnicos vão “recolhendo” elementos para construir uma roda, onde juntos dançamos a confiança (movimentos circulares, de aproximar/afastar, de velocidades diferentes)	<p>“Podemos experimentar dançar como se tivéssemos super poderes ou fossemos um super-herói”</p> <p>“Nesta dança da confiança vamo-nos permitindo não quebrar a roda”</p> <p>“Poder estar neste papel de confiar no Outro e do Outro confiar em nós” “A roda vai girando, ao ritmo da música, com esta possibilidade de, por vezes, também nós confiamos mais ou menos nas relações”</p>	Pirates of Caribbean – He’s a pirate (5min e 3 seg.)	Computador Coluna Lençóis
4. Lyrical	- Roda de embalo - Exercício de confiança – cada elemento deita-se à vez no lençol e é embalado pelo grupo.	<p>“Agora já sentimos que não precisamos desta capa, porque já nos lembramos das nossas qualidades e forças, e estamos mais fortes e confiantes que antes” (cada um vai ao meio demonstra a sua confiança e se sentir que consegue deixa o lençol)</p>	Hans Zimmer – Spirit: Stallion of the Cimarron- Here I am (6min e 24 seg.)	Computador Coluna Lençol

		<p>“E nesta possibilidade de dançar a confiança, permitimo-nos embalar nesta roda, onde o grupo nos suporta e em quem nos permitimos confiar”</p> <p>“olhamos para dentro de nós, acreditarmos nas nossas forças e na nossa coragem. Coragem para ir mais além, para arriscar, coragem para enfrentar o medo, para lutar... coragem para nos aceitarmos, coragem para respeitarmos o nosso corpo...!”</p> <p>“Olhar para as coisas boas que temos dentro de nós, e que essas nos ajudem a superar as menos boas!”</p> <p>“Podemos, cada um de nós intercalados, deixarmos embalar pelo grupo, sabendo que este nos suporta e ampara”</p> <p>“Assim, entregarmo-nos ao grupo, é sinal que confiamos em nós e no grupo”</p> <p>“Para isso temos de confiar, acreditar que somos capazes!”</p>	<p>Sara Tavares- Quando dás um pouco mais de ti (4 min e 45 seg.)</p>	
5. Sitllness	<p>- Regressar à calma;</p> <p>- Procurar um local confortável para o momento do relaxamento;</p>	<p>“Agora que nos sentimos confiantes e 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>Rui Massena – Abraço (3min e 56 seg.)</p> <p>Hollow Coves – These Memories (4min e 47 seg.)</p>	<p>Pufes Cobertores Pinceis</p>

	- Relaxamento - Despertar.	“Sentimos os dedos dos pés, as pernas, os braços, abrimos olhos e sentamo-nos lentamente”	Bob Marley – Three Little birds (3min)
Partilha	- Em roda, partilha como foi a sessão, o que sentiu e a frase que escreveu - Cada elemento descreve a atividade numa só palavra - Sugestões para a próxima sessão.		Fase inicial: 3 min Dinâmica: 35 min Partilha: 15 min Total: 53 min

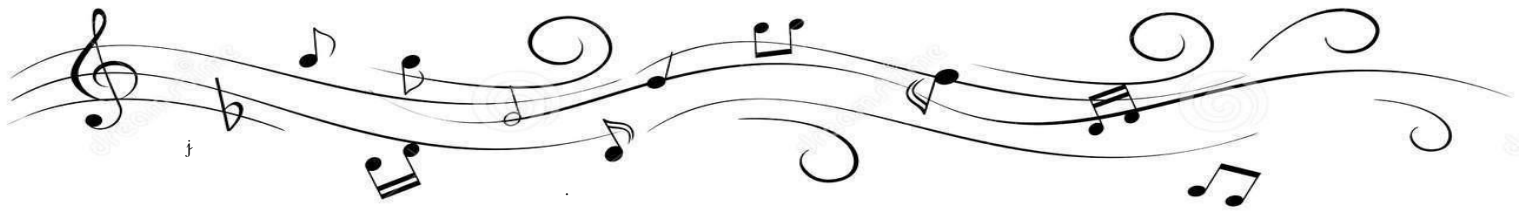
Adolescente	Avaliação e Insights da Dinâmica
A1	Manteve fáceis aborrecido, postura retraída durante toda a dinâmica, necessitando de estímulo para participar. Permite-se ser embalado pelo grupo. No relaxamento acede parcialmente, ficando vigilante a maior parte do tempo, de olhos abertos. Na partilha, com muita resistência, apenas refere que se sentiu bem e que gostou da dinâmica. Inquieto e postura de retirada, sendo necessário intervenção, que ajusta. A frase de autoconfiança que escreve para si própria “eu sou capaz!” sic
A4	Integrou a dinamica com muito agrado e entusiasmo. Fáceis aberto e sorridente, muito envolvida na dinâmica, com movimentos espontâneos. Permite-se ser embalada pelo grupo. Usufri do relaxamento, fechando os olhos. Na partilha, refere ter gostava muito da dinâmicas “foi libertador, só me apetecia libertar, e dançar,”sic, no final partilha com o grupo a frase de autoconfiança que escreveu para si própria tu és mais forte do que imaginas”sic.
A12	Manteve fáceis triste, postura retraída durante toda a dinâmica, movimentos muito contidos e pouco espontâneos, no entanto, consegue aceder ao relaxamento muscular. Não se permite a ser embalada pelo grupo. Na partilha, refere que foi muito difícil dançar, que em nenhuma das partes da dinâmica se sentiu confiante, partilha com o grupo a frase que escreveu para si própria “um dia de cada vez”sic.
A16	Inicialmente fáceis apreensivo, postura retraída, no entanto progressivamente mais disponível, movimentos mais espontâneos, ajustada com o grupo, necessita de incentivo. Permite-se ser embalada pelo grupo. Usufri do relaxamento, fechando os olhos. Na partilha, refere que gostou de participar, que foi divertido. A frase de autoconfiança que escreve para si própria “é mais fácil do que pensas!” sic
A17	Inicialmente fáceis fechado, postura retraída, no entanto progressivamente mais disponível, com movimentos mais espontâneos, ajustada com o grupo e sorridente por momentos. Não permite a ser embalada pelo grupo. Usufri do relaxamento. Na partilha, refere que gostou mais da última parte da sessão, no entanto, “não foi fácil dançar a confiança, foi diferente” sic.

A18	Inicialmente fáceis apreensivo, postura retraída, no entanto progressivamente mais disponível, com movimentos mais espontâneos, ajustada com o grupo, necessita de incentivo. Usufrui do relaxamento, fechando os olhos. Na partilha, refere que gostou de participar, que foi divertido “Tu vais ser capaz de ser feliz e melhorar!” sic
A19	Participa com estímulo, consegue integrar a maior parte das dinâmicas propostas. Na partilha refere que não se sentiu confiante e que neste momento é difícil confiar. Não quis partilhar com o grupo a frase que escreveu. “não é sempre culpa tua, não te magoes e vive”



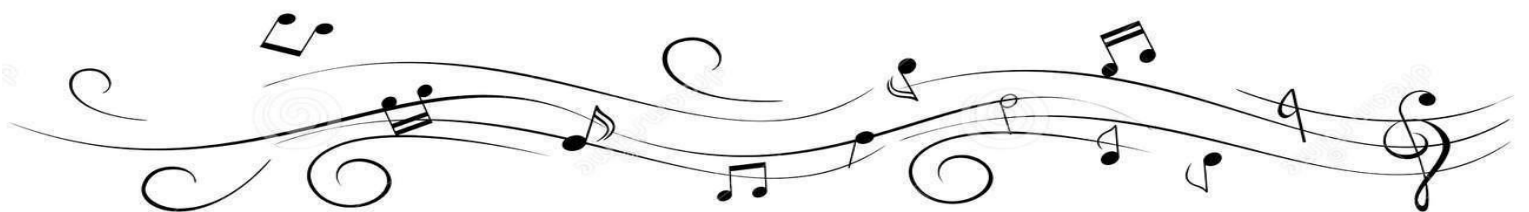
Mensagens de Autoconfiança dos Adolescentes

APÊNDICE VII – Questionário musical



Questionário

- 1- Que tipo de música gostas?
- 2- Quão importante é a música na tua vida?
- 3- Há alguma música que ouças todos os dias?
- 4- Quão importante é para ti a letra de uma música?
- 5- Costumas ouvir música com o intuito de influenciar o teu modo de estar?
- 6- Que tipo de música ouves que te faz sentir bem? O que sentes quando a ouves?
- 7- Que tipo de música ouves quando estas triste? Como é que ela influencia o teu modo de estar?



APÊNDICE VIII – Programa Psicoterapêutico:

“Uma música no cuidar”

Plano de Sessão

1ª Sessão “Uma música no cuidar”

Tema: “Rumo à Descoberta”

Grupo-alvo: 9 adolescentes do serviço de internamento

Dinamizadores (Terapeuta/ Coterapeuta): Enfermeira Rita Palma/ Enfermeira Especialista

Dia: T **Hora:** 14:30 h-15h30 **Duração:** 60 min

Local: Ginásio do Internamento

Recursos Materiais: Instrumentos musicais (viola, reco-reco, tambores, maracas, castanholas, pandeiretas, claves, caixa chinesa etc.); Coluna de som; Papel de cenário; Revistas (Tema da Páscoa, Saúde, Ciência, Viagens, Desporto, Hobbies, Cultura Geral, etc); Tecidos de vários padrões, cores e texturas; Lãs e Linhas; Lápis de cor; Canetas de filtro; Tesouras; Cola; Diversos Materiais Artísticos.

Objetivos:

- Promover a expressão de emoções e sentimentos;
- Permitir a vivência do presente, o aqui e agora;
- Promover a reflexão e autoconhecimento;
- Estimular a criatividade, a capacidade cognitiva e sensorial;
- Promover a interação no grupo e a coesão do grupo;

	Fase/Momento	Objetivos	Descrição	Duração	Métodos	Recursos	Avaliação
1ª Sessão “ Uma música no cuidar”	Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar o tema da sessão, a sua pertinência, finalidade e objetivos; -Definir princípios orientadores do grupo (regras, direitos, deveres); -Promover segurança do grupo, atual situação pandémica. 	<p>Os dinamizadores começam por pedir que os elementos se sentem em círculo (instrumentos musicais no centro). Apresentado tema, objetivos e princípios orientadores do grupo.</p>	2 min.	Expositivo		Observação
		<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar os dinamizadores do grupo e conhecer elementos que participam na sessão. - Apresentar ao grupo cada instrumento musical (breve apresentação da história, origem, classificação, como se toca, reprodução). - Motivar a participação, estimular a autoconfiança e o sentimento de pertença no grupo-coesão grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atividade “quebra-gelo”: Apresentação breve de cada instrumento musical; encorajados a escolher um instrumento (ex: “Se eu fosse um instrumento...”), apresentando-se pelo nome, seguido do apelido que será o nome do instrumento escolhido (ex: “Rita Tambor”), produzindo um ritmo e explicando a escolha do mesmo. - Os instrumentos são novamente colocados no centro. Os Jovens são encorajados a escolherem o instrumento que mais se identifica com a emoção que estão no aqui e agora. Partilha. 	10 min.	Expositivo; Ativo.	Instrumentos musicais	Observação
	Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> -Encorajar a expressão de emoções/ sentimentos; -Estimular a criatividade, a capacidade cognitiva e sensorial; 	<ul style="list-style-type: none"> - Colocadas músicas escolhidas pelos jovens; - O papel de cenário é previamente disposto e os materiais de expressão plástica encontra-me no centro, de forma 	30 min.	- Ativo.	Coluna de Som; Papel Cenário; Revistas;	Observação

		<ul style="list-style-type: none"> - Promover a reflexão e o autoconhecimento; - Permitir a vivência do presente, o aqui e agora; -Estimular a autoconfiança, autoestima e autonomia. -Estimular a assertividade no grupo (partilha dos materiais e o respeito pelo outro) e interação social. 	<p>a todos terem acesso. Estimulados a criar o seu autorretrato, recorrendo ao desenho, escrita, recorte e colagem de imagem, símbolos que os representem.</p> <p>- Dinamizadores juntamente com o grupo realizam cartaz de suporte à atividade que ficará no centro para o grupo se sentir necessidade relembrar. (pensamentos, desejos, gostos, hobbies, representarem a família e os amigos, viagens, cor preferida, emoções presentes, medos, música, instrumentos que tocam ou gostavam de aprender, bandas favoritas, como é que a musica vos ajuda, o que ela vos transmite,...)</p> <p>-Dinamizadores vão guiando o grupo, estimulando a participação dos elementos, reforçando a confiança, autoestima, apoiando na criação.</p>			<p>Tecidos; Lás e linhas; Lápis de cor; Canetas de Filtro; Tesouras; Cola; Outros.</p>	
	Finalização/ Partilha	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar a partilha das criações de cada Jovem. - Refletir em conjunto sobre a atividade e mencionar emoções/sentimentos vividos. 	<p>- Os dinamizadores encorajam os Jovens à partilha da produção realizada, promovendo um espaço de partilha de emoções/sentimentos vividos no decorrer desta atividade.</p>	15 min.	- Ativo.		Partilha entre o grupo;
	Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os resultados da sessão. -Fomentar a participação da próxima sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> -Será promovido o preenchimento do questionário inicial e da avaliação da sessão (questionário individual); -Agradecimento da participação e colaboração do grupo, fomentando a participação para a próxima sessão. 	3 min.	<p>-</p> <p>Expositivo; - Ativo.</p>		Avaliação da sessão (questionário individual).

Adolescente	Avaliação e Insights da Dinâmica	Questionário de Avaliação
A1	Inicialmente com alguma resistência, que se manteve enquanto permaneceu. Ainda na atividade quebra gelo, consegue escolher um instrumento musical, recusando explorar o porquê da sua escolha e colando-se à partilha de outros elementos. Pede para sair na segunda parte, referindo sentir-se muito sonolento e incapaz de permanecer e estar com o grupo.	“Não gostei muito desta atividade, porque me senti com sono e não pude participar” sic , no entanto refere ter sido útil para si.
A2	Participou com agrado e incentivo. Adequada e ajustada com o grupo. Na primeira atividade, identifica-se com o reco-reco, referindo apenas que o motivo da sua escolha era por ser o instrumento musical mais próximo desta. Identifica-se com o “silêncio, pois é a emoção que sinto agora, preferia o silêncio, pois estou com sono” sic. Na segunda, investida e empenhada na produção, utiliza e mobiliza diversos materiais sem dificuldade, partilhando com o grupo. Apresenta a simbologia do ying yang referindo “é o símbolo do equilíbrio por o que eu me guio”sic. Representa figuras importantes e securizantes, a família, avós, irmãos e pais. Atribui muita importância à música, à natureza e à parte espiritual. Escreve a frase: “O meu acordar é o estado mais profundo do meu sonho.” Na partilha que “ajudou a ver quem era, foi muito motivador, porque me ajudou a expressar (fáceis expressivo e sorridente), eu até estava com sono e ajudou-me a acordar!”sic	“o que gostei foi a originalidade da forma de expressarmos... senti-me inspirada e entusiasmada.”sic. Acrescenta que a atividade foi útil para si pois “mostrou-me maneiras de me expressar!”sic
A3	Participou com algum agrado e investimento. Inicialmente retraída, consegue identificar-se com a caixa chinesa, referindo apenas que era o instrumento que estava mais perto de si. Relativamente à emoção que estava a sentir, identifica-se com o silêncio “prefiro estar muitas vezes em silêncio” sic Interações positivas com os pares, gradualmente mais disponível, embora na segunda atividade com alguma dificuldade, com pouco investimento no sua produção, referindo “não sei desenhar, não sou criativa!”sic Na partilha, consegue identificar a atividade como importante, embora difícil “consegui ver os meus pontos fortes, ajudou-me a pensar na minha identidade!”sic	“Gostei especialmente da liberdade que deram para representarmo-nos num papel... senti-me entusiasmada e também livre... fez-me pensar no que realmente sou e pensando nisso apercebi-me das coisas positivas que me compõem e aquilo que penso.”sic
A4	Inicialmente retraída, consegue identificar-se com as maracas, referindo ser um instrumento que lhe trás boas recordações. Em relação ao instrumento que se identifica com a emoção vivida, refere o violino, “toquei muitos anos e gosto muito!”sic. Na segunda parte, participa com maior investimento, mas quando confrontada com o facto de não ser permitido usar a borracha, fica tensa, com fáceis mais fechado, verificando-se gradualmente menos investimento na produção. Na partilha, consegue dizer “sinto-me culpabilizada, eu não tenho jeito, penso numa coisa e se ela não sai como eu quero, fico a sentir que não consigo (choro)” sic Não quer partilhar a emoção vivida. Oferecido suporte e reforçada importância de poder partilhar com enfermeiro de referência em momento individual.	“a parte que mais gostei foi a parte dos instrumentos... senti-me calma/serena na grande maioria do tempo, mas fiquei triste comigo por o projeto que tinha imaginado não ficou igual na realidade.” Sic Refere que a atividade foi útil “porque nos faz pensar nos aspetos positivos da vida e não pensar sempre nos maus.”sic

<p>A5</p>	<p>Participou na atividade terapêutica, com algum agrado e investimento. Inicialmente retraída, consegue identificar-se com o tambor, referindo que é um instrumento que lhe permite libertar energia. Em relação à emoção vivida no aqui e agora, identifica-se com o silêncio “ultimamente tenho preferido o silêncio”. Adequada e ajustada na interação com o grupo. Na segunda parte da partilha, esteve com muito investimento na produção, chegando mesmo a deitar-se sobre a mesma. Na partilha, refere que “gostei muito, mas para mim foi muito difícil, pois ao pensar em mim, veio logo à ideia as razões porque estou aqui internada (período de choro intenso)” sic. Verbaliza dificuldades: a aprovação dos outros em relação a si, comentários pejorativos e bullying na escola relativamente ao seu aspeto físico “chamavam-me gorda, és uma baleia, um monstro!”sic. Refere que colocou uma cruz na barriga pois é uma parte dela que detesta. Escreve na mesma “medo do que os outros possam pensar, depressões, doenças, inseguranças, tentativas de suicídio, problemas, receio...!”sic. Nos braços, escreve que “mudava tudo”sic e no coração “sê tu própria”sic. Oferecida contenção e segurança no momento, reforçada pelo grupo. Pede para sair da atividade. Promovido momento individual.</p>	<p>“gostei mais da parte de construirmos algo sobre nós... confesso que me senti um pouco triste por recordar o porquê de ter vindo para aqui.”sic Refere que a atividade foi útil e “que me ajudou a dar-me mais valor.”sic</p>
<p>A6</p>	<p>Participou na atividade terapêutica, com muito agrado e investimento. Consegue utilizar o humor, apesar das suas limitações físicas/mobilidade (deambula em cadeira de rodas). Sorridente, adequada na interação com o grupo. Identifica-se “a voz, também é um instrumento!”sic. Na segunda parte, esteve com muito investimento na produção, chegando a deitar-se sobre a mesma. Na partilha refere “gostei muito, fez-me pensar em mim, as coisas boas que tenho dentro de mim, recordo-me que antes de vir para aqui, recusava ajuda dos meus amigos, mas agora vejo as coisas diferentes!”sic Refere que as emoções predominantes no seu autorretrato são: raiva, revolta, tristeza e ansiedade, embora encontre estratégias facilitadoras simbolizado nas emoções mais construtivas, como o amor, alegria, paz e esperança. Felicidade, é a palavra para avaliar.</p>	<p>“Gostei da parte de começarmos a elaborar o desenho com as nossas características... senti-me pensativa e feliz, quero que a minha vida mude para melhor.”sic “ajudou-me a pensar como vou mudar a minha vida lá fora”sic</p>
<p>A7</p>	<p>Participou na atividade, com pouco agrado, mostrando-se pouco disponível em participar. Com resistência em identificar um instrumento musical, pedido para sair pouco tempo depois.</p>	<p>“Gostei da atividade deu para trazer animação ao grupo e risos, gostei mais de poder tocar nos instrumentos.”sic “Ajudou-me a sentir melhor.”sic</p>
<p>A8</p>	<p>Participou com muito agrado e investimento. Adequada e ajustada na interação com os pares. Identifica-se com o instrumento musical, guitarra, referindo ser o instrumento que sabe tocar, sendo o seu preferido. Em relação à emoção vivida no aqui e agora, identifica-se com o piano, “é um instrumento que me dá tranquilidade e que gostava de saber tocar!”sic. Na segunda</p>	<p>“Gostei da atividade. A minha parte preferida foi o sentimento de paz e calma durante a atividade. Eu senti-me calma e aceiteada e um pouco triste porque não</p>

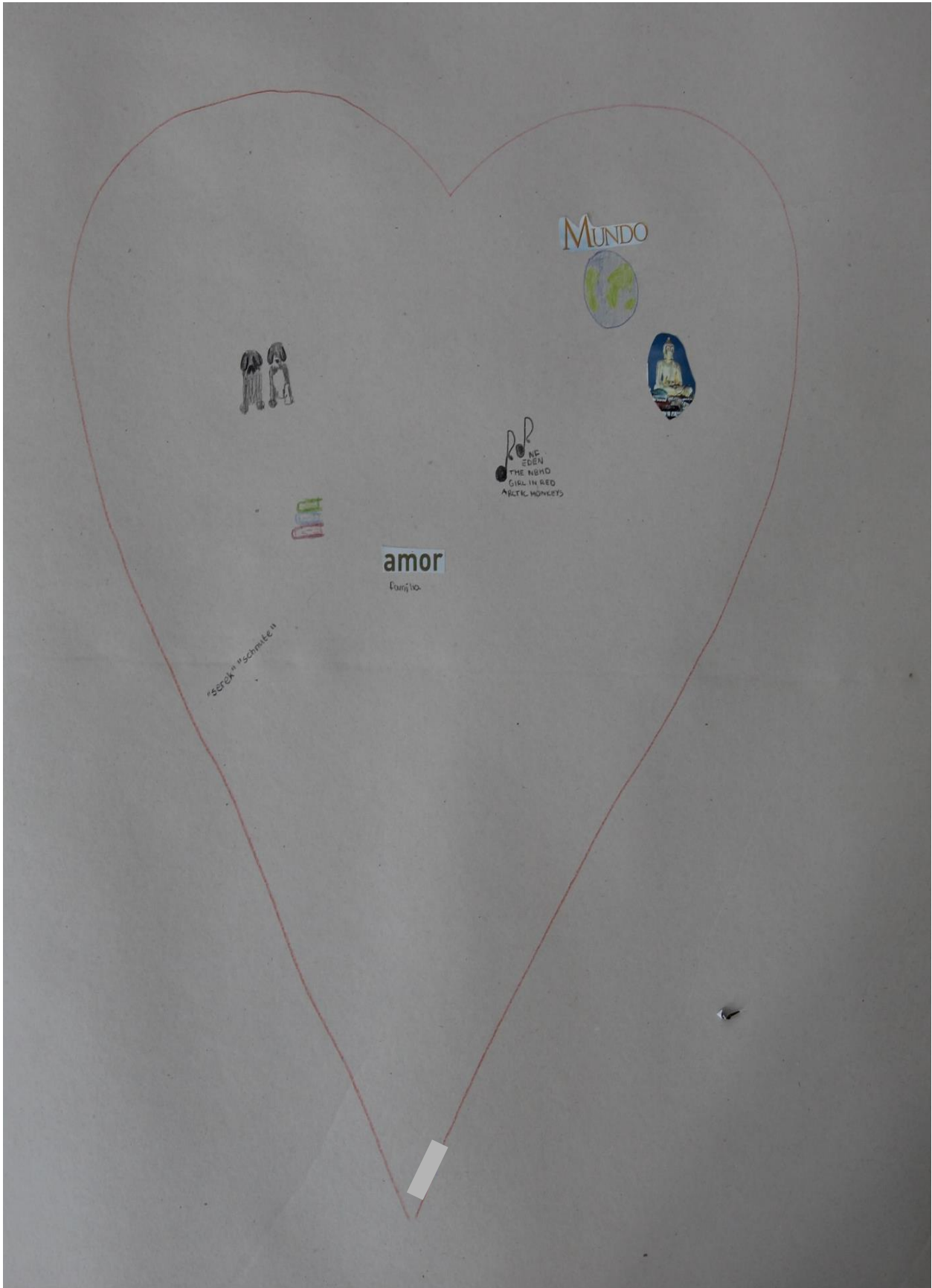
	<p>parte da dinâmica, esteve com muito investimento na produção, utilizando e partilhando os materiais como pares. Na partilha, que coloca um círculo e um smile preto na sua barriga, simbolizando uma parte que ela não gosta nela, mas que quer tentar trabalhar, no entanto ainda se encontra como um sorriso negro. Que no seu corpo estão em vez das pernas, raízes abertas, que segundo ela refere “que ainda não estão acabadas e todos os dias se estão a tentar agarrar a um solo!”sic Refere ser uma rapariga “sonhadora e criativa!”sic, daí ter colocado os balões e a simbologia na cabeça. Escreve no centro “ E se ninguém nos ama não existimos, por isso não esperemos que alguém o faça e tomemos a iniciativa”sic. Numa palavra para avaliar a sessão “libertador”sic. ,“senti-me muito entusiasmada, por poder utilizar a arte para me expressar!”sic</p>	<p>consegui desenhar tudo o que queria.”sic Refere que a atividade foi útil pois” consegui perceber melhor quem eu sou e ajudou-me a ver os aspetos positivos da minha vida.”sic</p>
<p>A9</p>	<p>Participou na atividade, com muito agrado e investimento. Adequada e ajustada na interação com o grupo. Identifica-se com o instrumento musical pandeireta, referindo ser o instrumento que tocava muito. Em relação à emoção vivida no aqui e agora, identifica-se com o piano, “é um instrumento que me trás boas lembranças!”sic. Na segunda parte da dinâmica, esteve com muito investimento na produção. Faz referência essencialmente a uma frase que escreveu “vais conseguir chegar lá, basta acreditar em ti e nas tuas capacidades” sic. Partilha com grupo uma vivencia significativa de que conseguiu acreditar nas suas forças e superar as dificuldades na escola. Gosta muito de ouvir música, fotografia, decoração e doces. Na partilha, refere “gostei muito de pensar nos meus pontos positivos, pois estou sempre habituada a pensar mal de mim e nos meus pontos negativos, desde que aqui estou... foi libertador!”sic</p>	<p>“gostei bastante da atividade de hoje, especialmente da 2ª parte em que desenhamos algo sobre nós, isso fez-me pensar muito sobre os meus lados positivos e abstrair-me dos pensamentos menos bons...senti-me aliviada, saí da atividade muito mais contente do que estava à espera quando entrei na sala. Ajudou-me a focar nos melhores pontos da minha vida, como a minha família, amigos, etc...”sic</p>



1ª Sessão “Uma música no cuidar”



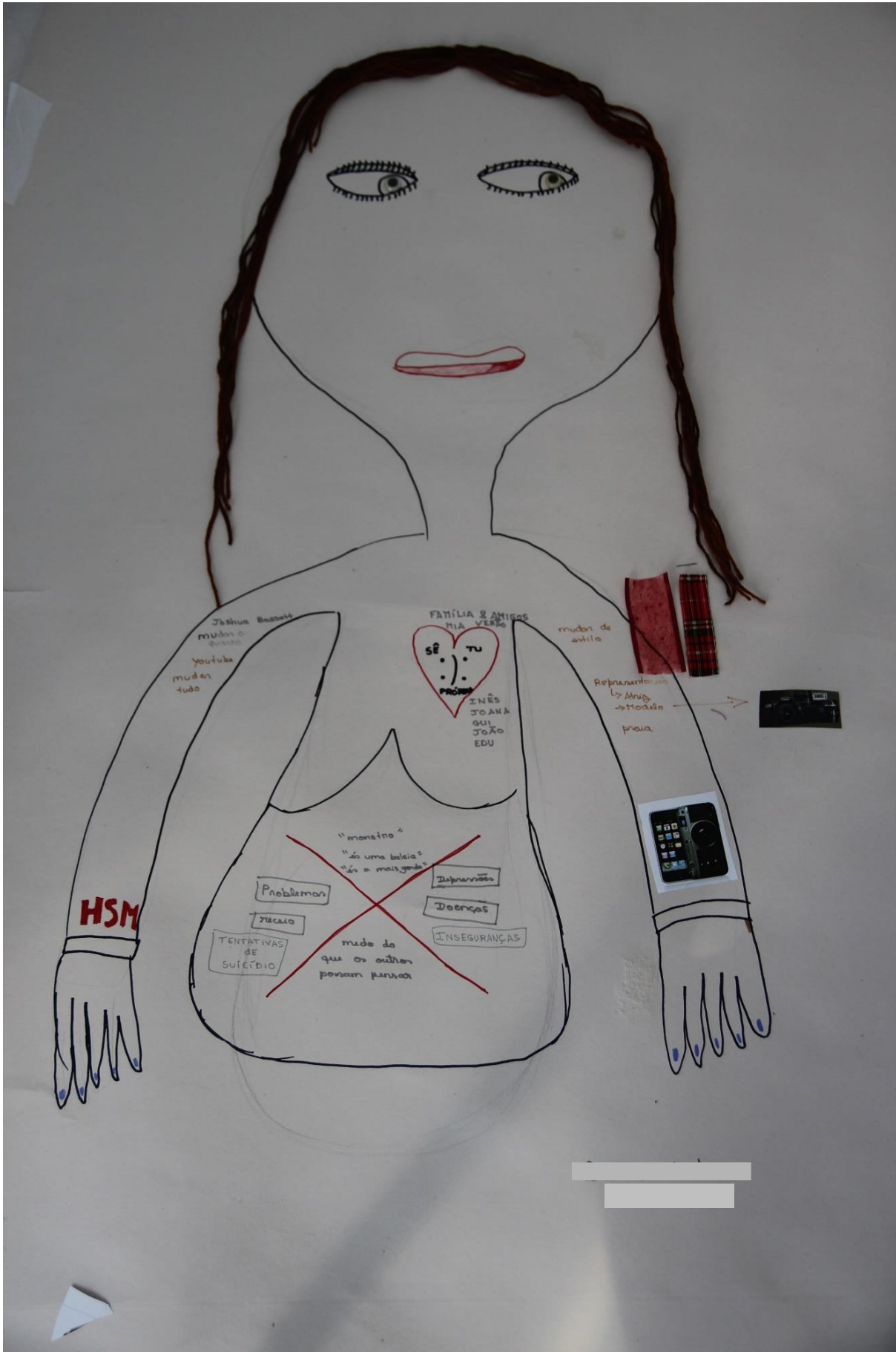
Produção de A2 (16 anos, sexo feminino)



Produção de A3 (15 anos, sexo feminino)



Produção de A4 (15 anos, sexo feminino)



Produção de A5 (14 anos, sexo feminino)



Produção de A6 (16 anos, sexo feminino)



“E SE NINGUÉM
NOS AMA NÃO
EXISTIMOS”

por isso não esperamos
que alguém o
faça e tomemos a iniciativa

Produção de A8 (14 anos, sexo feminino)

Desporto



Amor
amigos
Família Paz
esperança



andam de bicicleta com a minha família



↳ viajar

"Vais conseguir chegar lá, basta acreditar em ti e nas tuas capacidades"



↳ doces



↳ decoração



↳ ouvir música



↳ fotografia

Plano de Sessão
2ª Sessão “Uma música no cuidar”

Tema: “O que sinto quando oiço?”

Grupo-alvo: 9 adolescentes do serviço de internamento

Dinamizadores (Terapeuta/ Coterapeuta): Enfermeira Rita Palma/ Enfermeira Especialista

Dia: V **Hora:** 14:30 h-15h30 **Duração:** 60 min

Local: Ginásio do Internamento

Recursos Materiais: Novelo de Macramé; Coluna de som; 4 músicas selecionadas (estilos, ritmos, melodias e instrumentos diferentes); Folhas de papel A4;

Objetivos:

- Promover a expressão de emoções e sentimentos;
- Promover a reflexão e autoconhecimento;
- Estimular a criatividade, a capacidade cognitiva e sensorial;
- Promover a interação no grupo e a coesão do grupo;

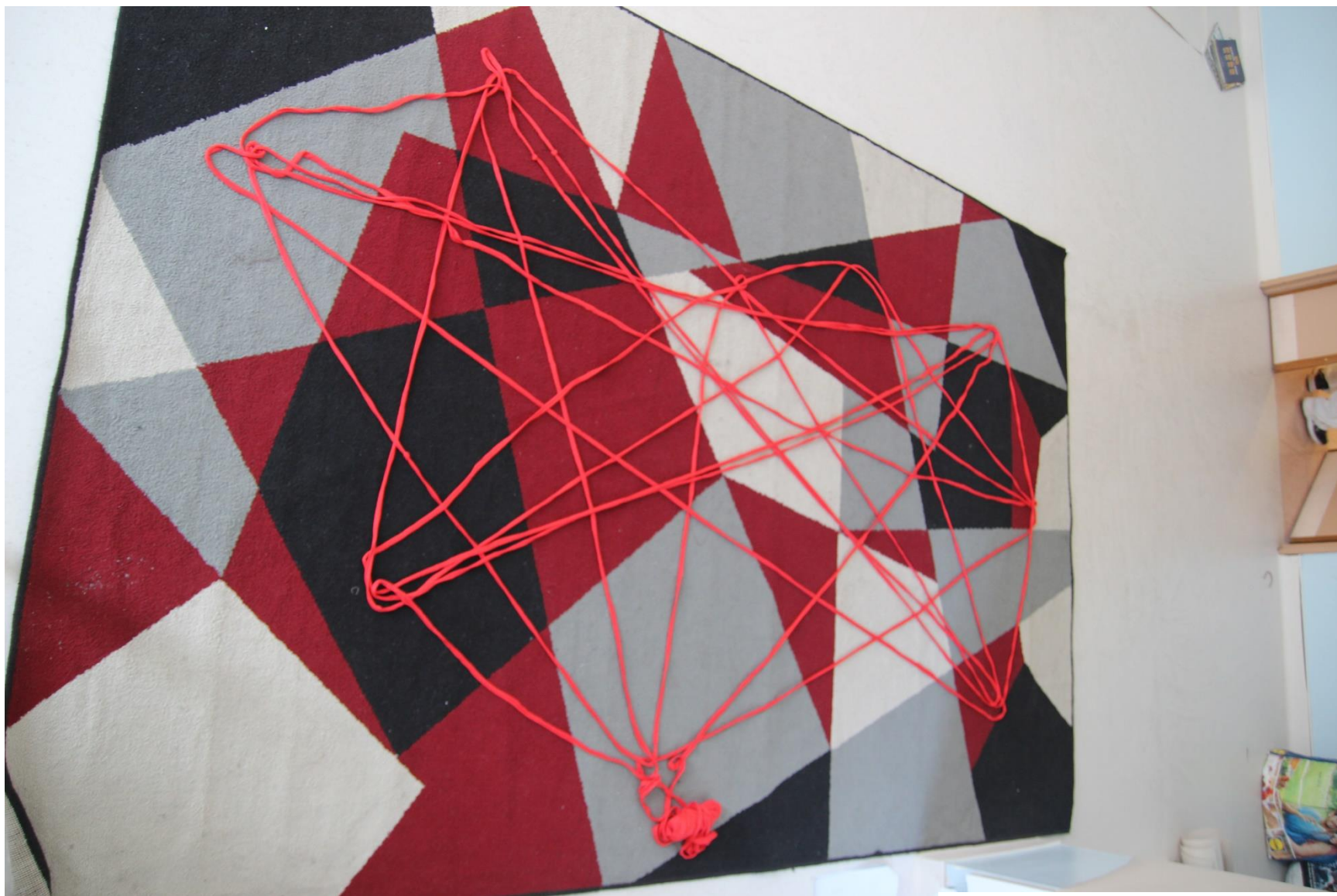
	Fase/Momento	Objetivos	Descrição	Duração	Métodos	Recursos	Avaliação
2ª Sessão “ Uma música no cuidar”	Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar o tema da sessão, a sua pertinência, finalidade e objetivos; -Definir princípios orientadores do grupo (regras, direitos, deveres); -Promover a segurança do grupo no âmbito da atual situação pandémica. 	<p>Os dinamizadores começam por pedir que os elementos se sentem em círculo (novelo de macramé no centro). Apresentado tema, objetivos e princípios orientadores do grupo.</p>	1 min.	Expositivo		Observação
		<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar os dinamizadores do grupo e conhecer elementos que participam na sessão. - Motivar a participação, estimular a autoconfiança e o sentimento de pertença no grupo-coesão grupal. 	<p>- Atividade “quebra-gelo”: Sentados em círculo, de forma a que todos tenham contato visual, os jovens são encorajados a passar o novelo aleatoriamente entre os elementos, de forma a criar uma teia afetiva. O dinamizador vai mobilizando as questões de partilha para a formação da teia (ex: cor preferida é..., música da minha vida é..., a música faz-me sentir..., a música ajuda-me a...). Criada a teia, os jovens são motivados a vibrarem a mesma e gradualmente pousarem (estimular a coesão/pertença).</p>	6 min.	Expositivo; Ativo.	Novelo de Macramé	Observação
	Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> -Encorajar a expressão de emoções/ sentimentos; -Estimular a criatividade, a capacidade cognitiva e sensorial; 	<p>- Oferecido aos jovens uma folha de papel A4, e pedido que estes dividam a folha em quatro partes iguais e em cada espaço escrever “Música 1”, “Música 2”, “Música 3” e “Música 4”. Posteriormente, reforçado que cada um terá o tempo da Música que irá tocar para</p>	30 min.	- Ativo.	Folhas A4; Lápis de cor; Canetas de Filtro; Tesouras; Cola; Outros.	Observação

		<ul style="list-style-type: none"> - Promover a reflexão e o autoconhecimento; - Permitir a vivência do presente, o aqui e agora; - Estimular a autoconfiança, autoestima e autonomia. - Estimular a assertividade no grupo (partilha dos materiais e o respeito pelo outro) e interação social. 	<p>criar no devido espaço, o que sente, que vivências emergem ao escutar a música.</p> <p>- Reprodução de 4 músicas selecionadas (estilos, ritmos, melodias e instrumentos diferentes): Música 1: <u>Autor:</u> Tribalistas <u>Tema:</u> Velha Infância (instrumental) https://www.youtube.com/watch?v=IDaLPv_InjE</p> <p>Música 2: <u>Autor:</u> Nomy <u>Tema:</u> Society Falls (instrumental) https://www.youtube.com/watch?v=RG L11iwpyMk</p> <p>Música 3: <u>Autor:</u> Yann Tiersen <u>Tema:</u> Comptine d'un autre été (Amélie) https://www.youtube.com/watch?v=PaXKf0JEzEA</p> <p>Música 4: <u>Autor:</u> Vitor Kley <u>Tema:</u> O Sol (instrumental) https://www.youtube.com/watch?v=Ts-EHw6JaI</p> <p>- Partilha com o grupo.</p>				
	<p>Finalização/ Partilha</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar a partilha das criações de cada Jovem. - Refletir em conjunto sobre a atividade e mencionar emoções/sentimentos vividos. 	<p>- Os dinamizadores encorajam os Jovens à partilha da produção realizada, promovendo um espaço de partilha de emoções/sentimentos vividos no decorrer desta atividade.</p>	20 min.	- Ativo.		Partilha entre o grupo;

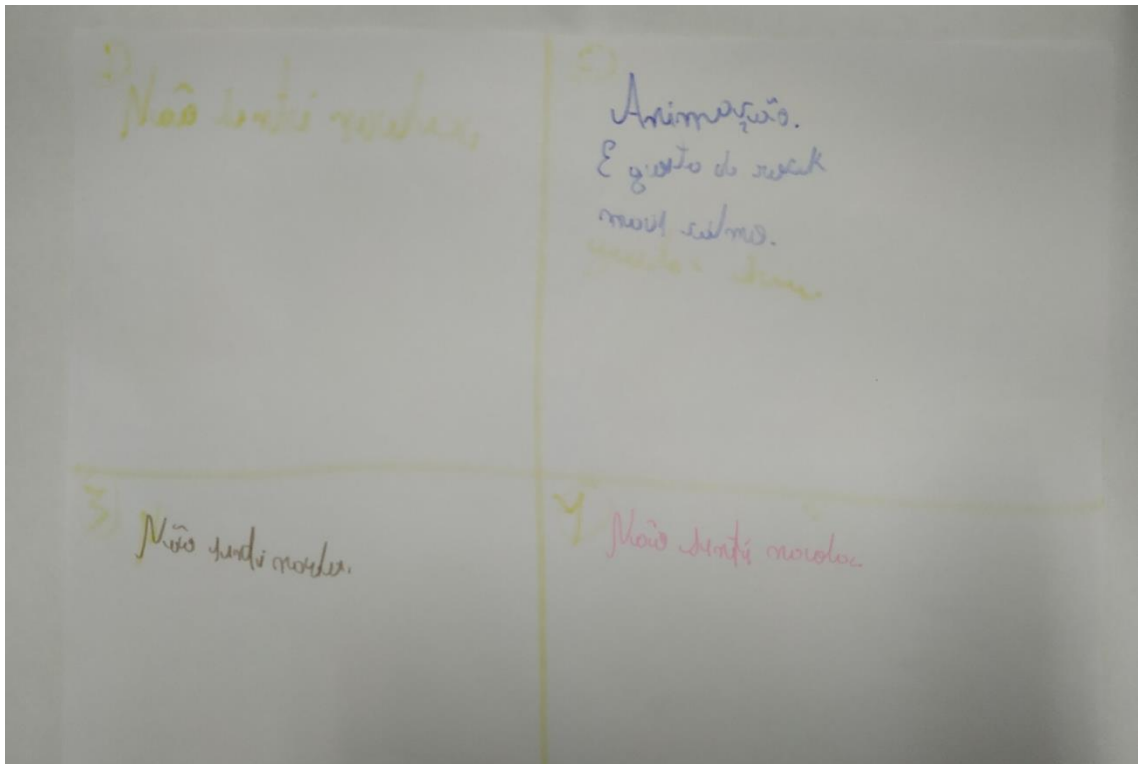
	Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os resultados da sessão. - Fomentar a participação da próxima sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Será promovido o preenchimento da avaliação da sessão (questionário individual); - No final procede-se ao agradecimento da participação e colaboração do grupo, fomentando a participação para a próxima sessão. - Solicitado ao grupo para realizar uma lista individual de músicas motivacionais para trazer para a próxima sessão. 	3 min.	- Expositivo; - Ativo.		Avaliação da sessão (questionário individual).
--	------------------	--	---	--------	------------------------------	--	--

Adolescentes	Avaliação e Insights da Dinâmica	Questionário de Avaliação da Sessão
A1	Participou na atividade terapêutica, embora com postura muito alheada e pouso participativo. Participa com alguma resistência apenas no primeiro momento da dinâmica. Na partilha, com alguma dificuldade em nomear as emoções vividas ao escutar as diversas faixas de música colocadas, referindo em todas “não senti nada, mas no rock, senti-me mais calmo, porque gosto de rock” sic. Postura de retirada, acabando por pedir para sair da atividade.	Refere que não gostou de realizar a atividade e não consegue encontrar a utilidade/pertinência da mesma.
A2	Participou na atividade terapêutica, com muito agrado e envolvida. Interações positivas com os pares. Partilha sentimentos e emoções vividas em cada faixa musical escutada, destacando que à medida que as músicas estavam a tocar a faziam lembrar momentos da vida. Identifica-se com a última faixa musical “transmite-me equilíbrio, relaxada, nostalgia mas ao mesmo tempo entediada!”sic No final, refere que gostou muito da atividade, que esta a ajudou a conseguir expressar.	Refere que gostou da atividade “gostei da parte do novo.”sic “senti-me inspirada... foi útil para me expressar.”sic
A3	Participou na atividade terapêutica, com muito agrado, inicialmente com postura retraída e com necessidade de incentivo. Gradualmente mais disponível, adequada e ajustada com os pares, com interações positivas. Partilha com o grupo sentimentos e emoções vividas em cada faixa musical escutada, recordando momentos significativos da sua vida, “as músicas ajudaram muito a isso mesmo!”sic	Gostou de participar na atividade “gostei mais de ouvir as músicas e pensar nas memórias... senti nostalgias, tristeza, saudade e amor.”sic “talvez ajudava a recordar-me de momentos felizes e a acreditar mais em mim.”sic
A4	Participou na atividade terapêutica, com muito agrado, inicialmente com postura retraída e com necessidade de incentivo. Gradualmente mais disponível, adequada e ajustada com os pares, Partilha com o grupo os sentimentos e emoções durante a escuta das diversas faixas musicais, chegando mesmo a desenhar emojis que espelham	Gostou de participar na atividade “gostei mais quando todas apresentamos os nossos trabalhos e perceber os gostos e sentimentos dos outros.”sic. Refere que se sentiu “mais

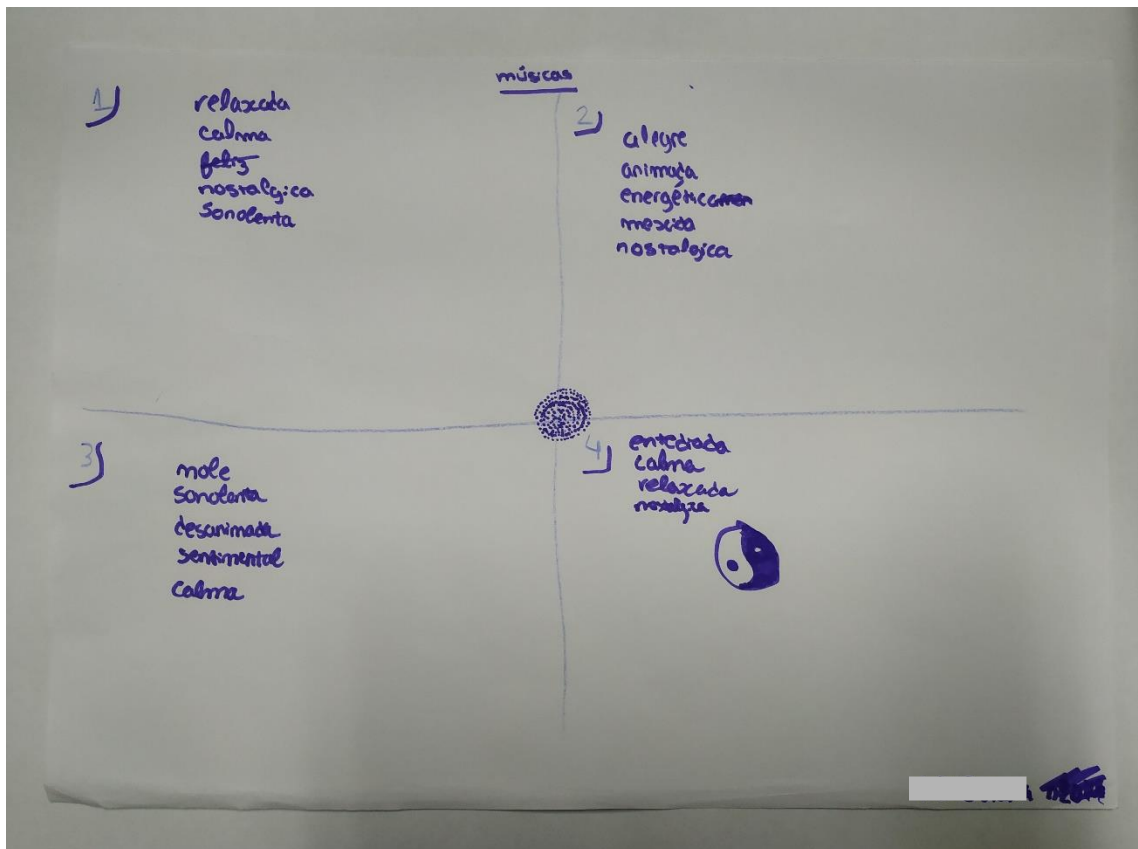
	a sua emoção no momento. Verbaliza que esta atividade a ajudou, pois sentiu-se melhor, mais animada e compreendida. Refere que inicialmente não se sentia motivada para a atividade, mas que no final até se sente aliviada.	animada que no início, alívio. senti-me compreendida. Ajudou-me a perceber que não estou sozinha, e a refletir com os outros.”sic
A5	Participou na atividade terapêutica, com muito agrado. Interações positivas com os pares. Partilha sentimentos e emoções vividas em cada faixa musical escutada, no entanto recusa partilhar outros elementos da sua produção no grupo. No momento, cabisbaixa, choro fácil. Oferecida contenção e segurança no momento, reforçada pelo grupo. Oferecido momento individual no final da dinâmica.	Refere ter gostado da atividade, e o que mais gostou foi “de desenhar o meu eu... senti-me um pouco triste.”sic, no entanto refere que a atividade foi útil “Para me dar valor a mim própria.”sic
A6	Participou na atividade terapêutica, envolvida e a participar de forma ajustada e adequada, com interações positivas, no entanto com alguma expansividade e postura de liderança no grupo. Partilha sentimentos/emoções vividas em cada faixa musical escutada. Faz referencia ao momento em que escutou a última música e se emocionou, pois segundo esta, “foi um momento em que senti muita energia, a música é alegre e traz-me muita felicidade, por isso dedico-a à minha mãe”sic Refere que esta atividade foi muito divertida, ajudou a pensar em momentos muito felizes.	Gostou de participar na atividade “a última música deu para recordar um momento especial... senti-me bem e com convicção.”sic. Foi útil por “ajudou a expressar a minha opinião.”sic
A7	Recusou participar na atividade terapêutica, referindo estar com dores de cabeça.	
A8	Participou na atividade terapêutica, envolvida e a participar de forma ajustada e adequada, com interações positivas. Partilha sentimentos e emoções vividas em cada faixa musical escutada, recorrendo à escrita e também ao desenho. Muito investida no momento da produção.	Gostou de participar na atividade, “ a parte que mais me agradou foi a escuta e a passagem da música para o papel... senti-me nostálgica e cheguei a emocionar-me com a partilha dos outros... ouvida”sic. Refere ter sido útil “a partilha dos outros fez-me ver que não sou a única com dificuldades e as ajudas e suporte do resto do grupo motivou-me.”sic
A9	Participou na atividade terapêutica, envolvida e a participar de forma ajustada e adequada, com interações positivas. Partilha sentimentos e emoções vividas em cada faixa musical escutada, recorrendo à escrita e também ao desenho.	“gostei especialmente da parte do desenho do nosso eu e também a que dividimos a folha em 4 partes e ouvimos as músicas e escrevemos a maneira como nos sentimos ao longo das músicas.”sic “Tive uma mistura de sentimentos, que não consigo descrever muito bem.”sic. “ajudou a recordar muitos sons e músicas e também me ajudou a ver os meus pontos mais positivos.”sic



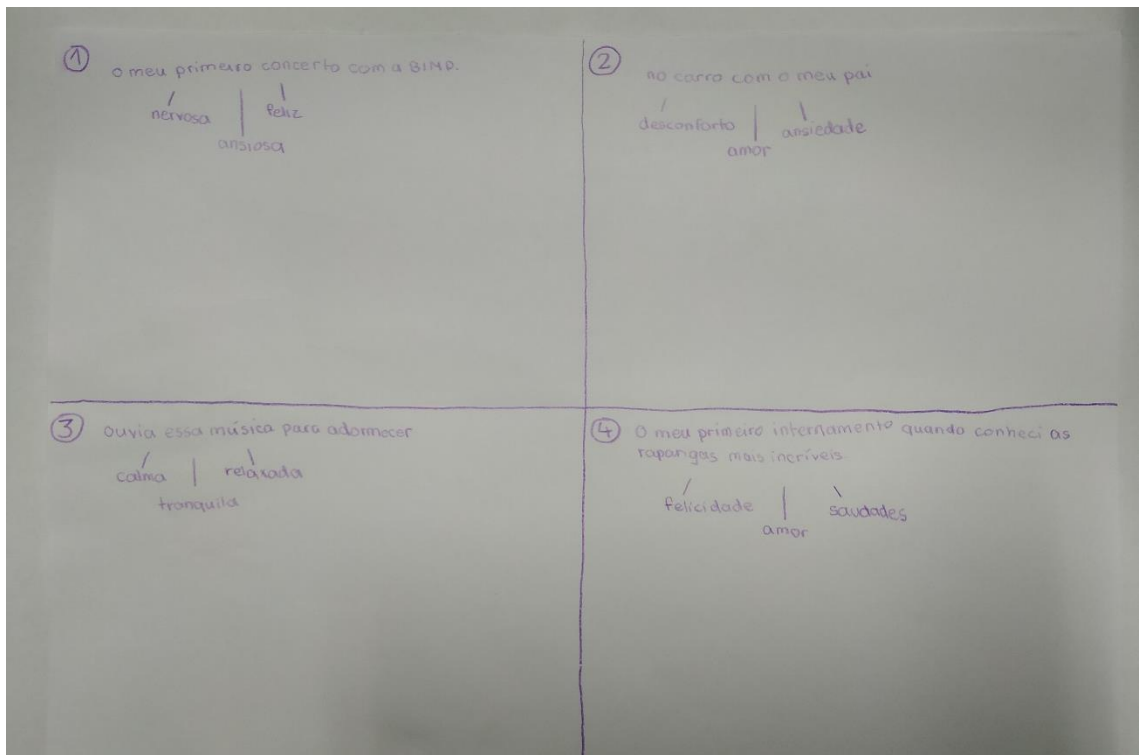
Produção em grupo da teia afetiva



Produção de A1 (16 anos, sexo masculino)



Produção de A2 (16 anos, sexo feminino)




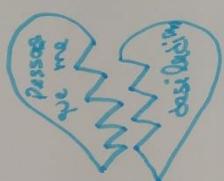


Produção de A3 (15 anos, sexo feminino)



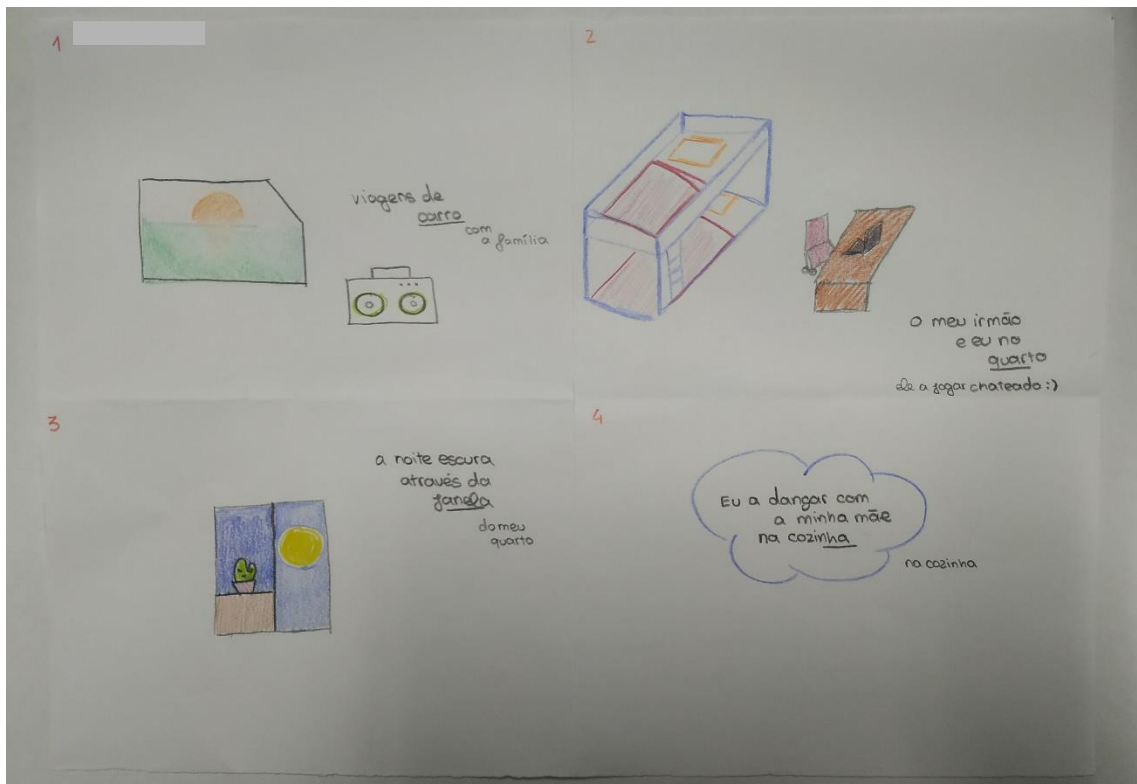
Produção de A4 (15 anos, sexo feminino)

<p>①</p> <p>Faz-me ter saudades das idas à praia com os meus amigos, e das noites passadas com eles.</p> <p>Faz-me, também, ter saudades da minha família que já morreu (avós).</p> <p>SAUDADE</p>	<p>② <i>internamb</i></p> <p>Faz-me lembrar os dias em que ficava em casa no ginha e metia a música dos atos bons.</p> <p>FELICIDADE</p>
<p>③</p> <p>Faz-me lembrar os vezes em que me costava e as vezes que tomava comprimidos para me suicidar, que é o que faço em dia ainda quero.</p> <p>MÁGOA</p>	<p>④</p> <p>dembrou-me os vezes em que fui ao porque aqui, co com a minha família.</p> <p>Momentos Felizes</p>

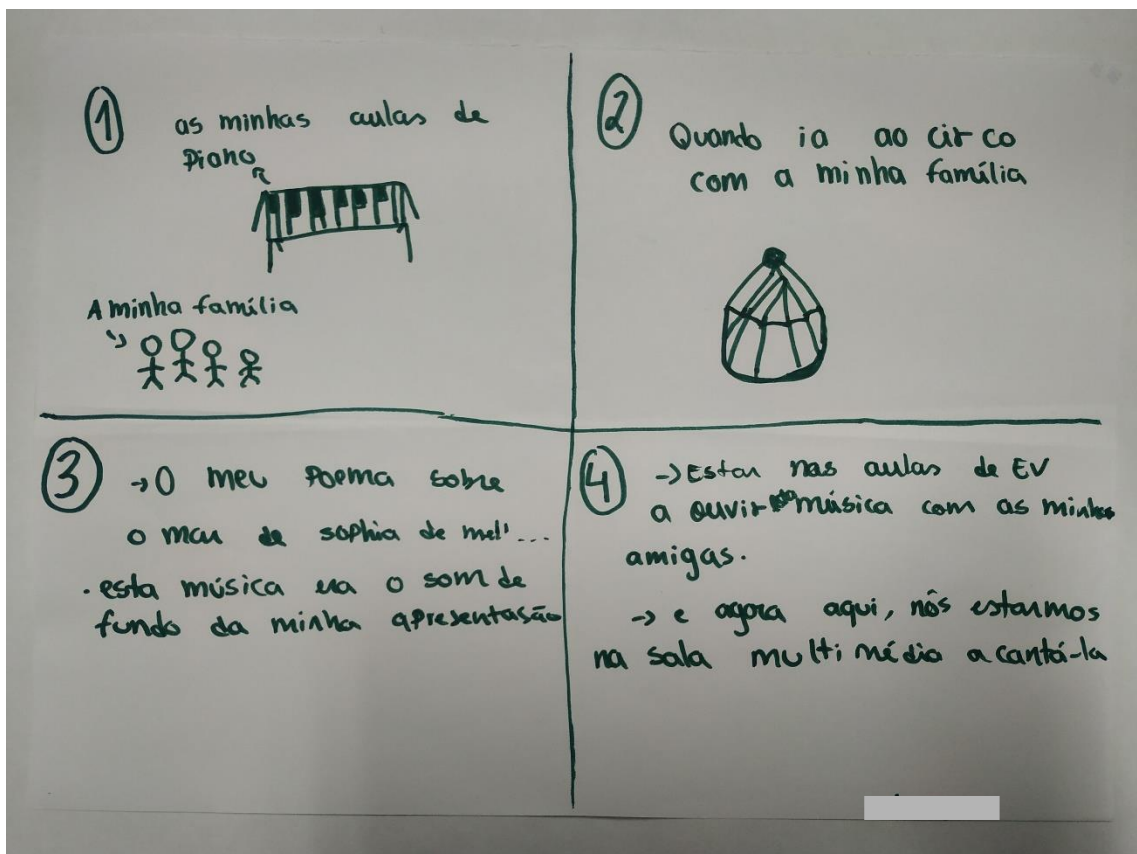
Produção de A5 (14 anos, sexo feminino)

<p>Música 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - calma - amigos que tenho eles desde pequena - faz-me sentir com energia 	<p>Música 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não gosto do tipo de música - Não me cativa - Som muito forte 
<p>Música 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Música clássica - Expressiva - Traz harmonia - faz pensar na vida e como eu era... 	<p>Música 34</p> <ul style="list-style-type: none"> - Música alegre - É como se fosse dedicar à minha mãe, ela é o meu sol - Que me faz sentir com energia e felicidade 

Produção de A6 (16 anos, sexo feminino)



Produção de A8 (14 anos, sexo feminino)



Produção de A9 (14 anos, sexo feminino)

Plano de Sessão
3ª Sessão “Uma música no cuidar”

Tema: “Kit Esperança Musical”

Grupo-alvo: 11 adolescentes do serviço de internamento

Dinamizadores (Terapeuta/ Coterapeuta): Enfermeira Rita Palma/ Enfermeira Especialista

Dia: F **Hora:** 14:30 h-15h30 **Duração:** 60 min

Local: Ginásio do Internamento

Recursos Materiais: Coluna de som; Folhas de papel A4 (brancas e coloridas); Lápis de cor; Canetas de filtro; autocolantes (vários); Tesouras; Cola; Diversos materiais artísticos.

Objetivos:

- Dar continuidade à construção da relação terapêutica;
- Promover a esperança através de representações musicais significativas para o jovem;
- Promover estratégias de *coping* eficazes na redução do sofrimento dos jovens;
- Permitir criar um “kit de esperança musical” para que o jovem possa recorrer em caso de crise, no pós-alta;
- Promover a reflexão e a expressão de emoções e sentimentos;
- Estimular a criatividade, a capacidade cognitiva e sensorial;
- Promover a interação no grupo e a coesão do grupo;

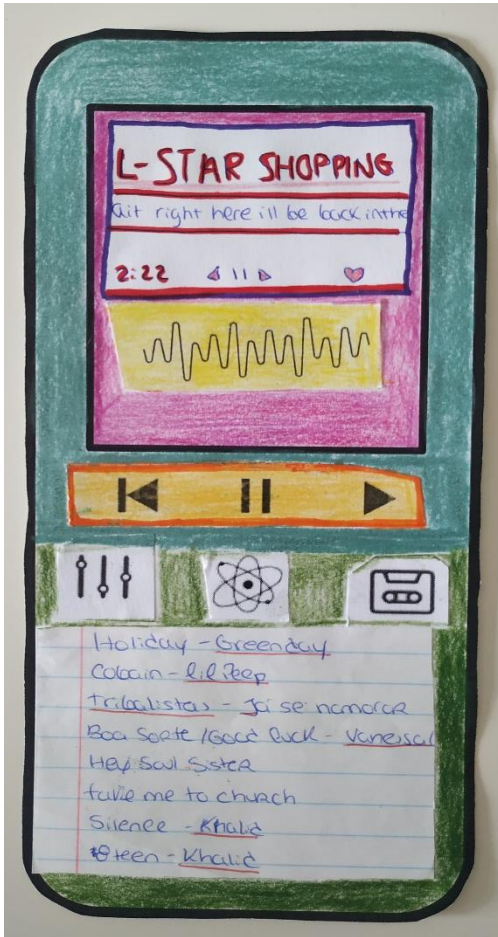
Fase/Momento	Objetivos	Descrição	Duração	Métodos	Recursos	Avaliação	
3ª Sessão “ Uma música no cuidar”	Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar o tema da sessão, a sua pertinência, finalidade e objetivos; -Definir princípios orientadores do grupo (regras, direitos, deveres); -Promover a segurança do grupo no âmbito da atual situação pandémica. 	Os dinamizadores começam por pedir que os elementos se sentem em círculo. Apresentado tema, objetivos e princípios orientadores do grupo.	1 min.	Expositivo	Observação	
		<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar os dinamizadores do grupo e conhecer elementos que participam na sessão. - Motivar a participação, estimular a autoconfiança e o sentimento de pertença no grupo-coesão grupal. 	- Atividade “quebra-gelo”: Sentados em círculo, de forma a que todos tenham contato visual, os jovens são encorajados a criar percussão/ritmos com o próprio corpo. Apresentam-se ao grupo pelo nome e integrando o ritmo de cada um e do próprio grupo. (estimular a coesão/pertença).	4 min.	Expositivo; Ativo.	Observação	
	Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a esperança através de representações musicais significativas para os jovens; - Promover estratégias de <i>coping</i> eficazes na redução do sofrimento dos jovens; - Encorajar a expressão de emoções/ sentimentos; -Estimular a criatividade, a capacidade cognitiva e sensorial; 	<ul style="list-style-type: none"> - Num primeiro momento é devolvido aos jovens as “playlist de esperança” por eles realizadas e entregues durante o decorrer da semana. Posteriormente, são encorajados a criarem um “Ipod” com os materiais oferecidos ao grupo, onde irão incluir as suas músicas significativas, por eles selecionadas. -Durante o momento da criação, serão colocadas na coluna de som, a música “nº1” escolhida por cada jovem. 	40 min.	- Ativo.	Coluna de som; Folhas A4 de várias cores; Lápis de cor; Canetas de Filtro; Tesouras; Cola; Outros.	Observação

		-Estimular a autoconfiança, autoestima e esperança. -Estimular a assertividade no grupo (partilha dos materiais e o respeito pelo outro) e interação social.				
	Finalização/ Partilha	- Encorajar a partilha das criações de cada Jovem. - Refletir em conjunto sobre a atividade e mencionar emoções/sentimentos vividos.	- Os dinamizadores encorajam os Jovens à partilha da produção realizada, promovendo um espaço de partilha de emoções/sentimentos vividos no decorrer desta atividade.	10 min.	- Ativo.	Partilha entre o grupo;
	Avaliação	- Avaliar os resultados da sessão. -Fomentar a participação da próxima sessão.	-Será promovido o preenchimento da avaliação da sessão (questionário individual); -Agradecimento pela participação e colaboração do grupo, fomentando a participação para a próxima sessão.	5 min.	- Expositivo; - Ativo.	Avaliação da sessão (questionário individual).

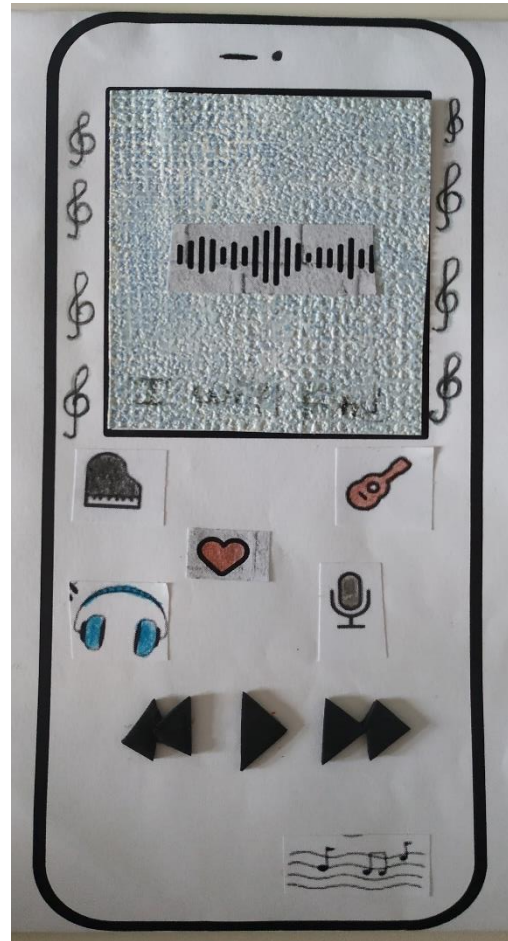
Adolescentes	Avaliação e Insights da Dinâmica	Questionário de Avaliação da Sessão
A1	Participou na atividade terapêutica, com alguma resistência, não estando disponível para permanecer na mesma, pedindo para sair. Explorado com o jovem esta indisponibilidade, que refere não ter percebido o intuito da dinâmica. Não consegue pedir ajuda e expressar-se.	Não realizou o questionário.
A2	Participou na atividade terapêutica, inicialmente pouco disponível e com postura retraída, no entanto progressivamente mais motivada na produção do Kit Esperança. Na partilha, refere ter gostado, sentindo-me “divertida e entusiasmada, fez-me perceber que quando estou mal, posso recorrer a um kit esperança!”sic	Gostou de participar na atividade “gostei de fazer o Ipod. Senti-me divertida e entusiasmada.”sic, refere que a atividade foi útil “pois fez-me perceber que quando estou mal posso recorrer a um kit esperança.”sic
A4	Participou na atividade terapêutica, com agrado e entusiasmo. Interações positivas com os pares. Na partilha, refere que se sentiu triste e frustrada por não ter caneta de acetato e por não conseguir fazer aquilo que queria,	Gostou de participar na atividade e de “ouvir as músicas preferidas dos outros e perceber que todos temos gostos diferentes e está tudo bem.”sic, no entanto refere “não em senti na minha zona de conforto.”sic A atividade foi útil “posso ter algo que me ajude nos

	no entanto, foi interessante e consegui perceber a importância da atividade!”sic	piores momentos, a música para mim é melhor que um medicamento.”sic
A7	Participou na atividade terapêutica, com alguma resistência, não estando disponível para aderir à mesma, pedindo para sair.	Não realizou o questionário.
A8	Participou na atividade terapêutica com muito agrado e entusiasmo. Muito envolvida na dinâmica, com interações positivas com os pares. Partilha a sua produção com o grupo, refere “gostei de personalizar algo meu, senti-me entretida e ajudou-me a pensar na música que realmente me ajuda” sic	Gostou de participar na atividade, “gostei de personalizar algo meu. Senti-me entretida.”sic. A atividade foi útil pois “ajudou-me no sentido em que nunca tinha pensado nas músicas que realmente me ajudavam.”sic
A10	Participou na atividade terapêutica, com entusiasmo, embora mantenha fáceis fechado e com algum retraimento inicial. Na partilha, refere que gostou da atividade e foi divertido “senti-me bem e aliviada, ajudou-me a descontrair” sic	Gostei de participar na atividade “gostei da ideia e de recortar, colar, foi divertido. Senti-me bem aliviada... ajudou a descontrair.”sic
A11	Participou na atividade terapêutica, com muita resistência, inicialmente com postura de retirada. Pouco investimento e envolvimento na produção do kit musical. Recusou partilhar, “senti receio, pois não gostei do que fiz, está uma porcaria.”sic	Não gostou de participar na atividade, referindo senti “receio, porque não gostei do que fiz.”sic. Não entende o intuito da atividade, no entanto refere que pode ser útil e que pode ajudar “a ser um SOS.”sic
A12	Participou na atividade terapêutica, com muita resistência, fáceis aborrecido triste e fechado, pedindo para sair. Verbaliza sentir-se ansiosa e com ideias negativas, no entanto reconhece que a atividade poderia ajuda-la.	Gostou de participar, no entanto sentiu “dificuldade em ficar bem,”sic. Reconhece que a atividade a pode ajudar lá foram “Quando estou com ideias negativas, vai ajudar a agarrar-me ao que me da razão de viver.”sic
A13	Participou na atividade terapêutica, com muito agrado e entusiasmo. Envolvida. Com dificuldade em interagir com o grupo, isolando-se na sala. Recusa partilhar a sua produção, no entanto refere que gostou muito da atividade por poder ouvir música.	Gostou de participar na atividade e o que mais gostou foi “da música e do desenho.”sic Refere que se sentiu “Feliz, mais calma.”sic Reconhece que esta atividade a ajuda “a perceber que me posso acalmar com música.”sic
A14	Participou na atividade terapêutica, com muita resistência, fáceis fechado e não interagindo com o grupo. Dificuldade na motricidade fina, nomeadamente em utilizar a tesoura e a cola. Recusa partilhar com o grupo, refere “senti-me normal, como em outras atividades” sic	“Gostei da atividade pelo fato de puder ouvir música.”sic
A15	Participou na atividade terapêutica, com entusiasmo. Por vezes inquieto, com necessidade de mediar que ajusta. Envolvido na dinâmica. Na partilha, refere “senti-me confiante, gostei muito” sic	“Da primeira parte da dinâmica gostei muito. Senti-me confiante.”sic, no entanto refere que não percebeu a sua utilidade “foi mais uma atividade normal que gostei.”sic

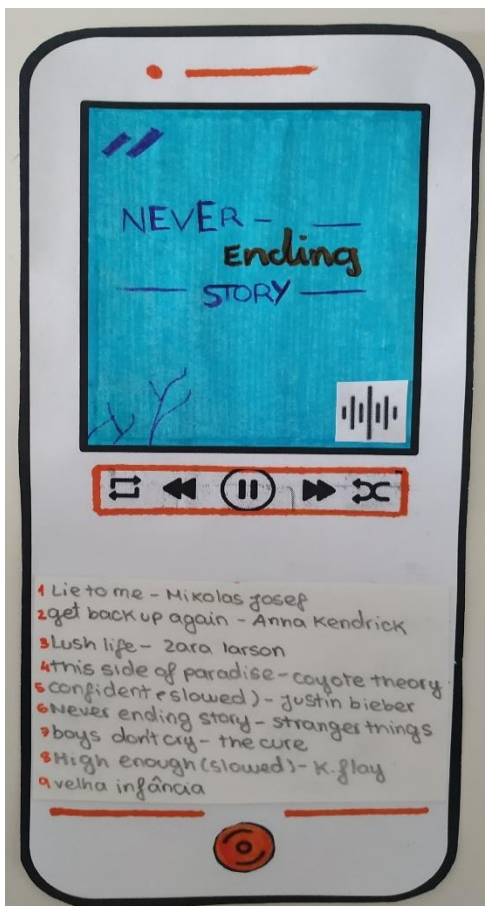
Produção de A2 (16 anos, sexo feminino)



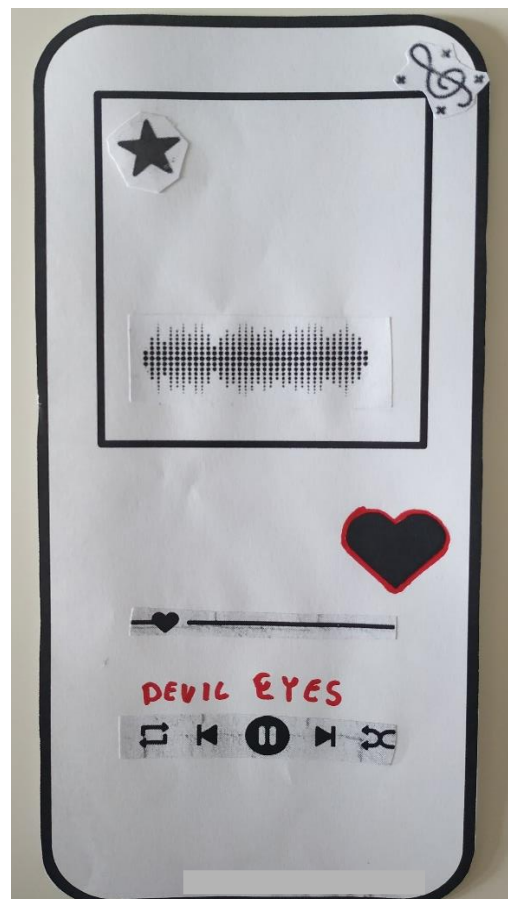
Produção de A4 (15 anos, sexo feminino)



Produção de A8 (14 anos, sexo feminino)



Produção de A10 (13 anos, sexo feminino)



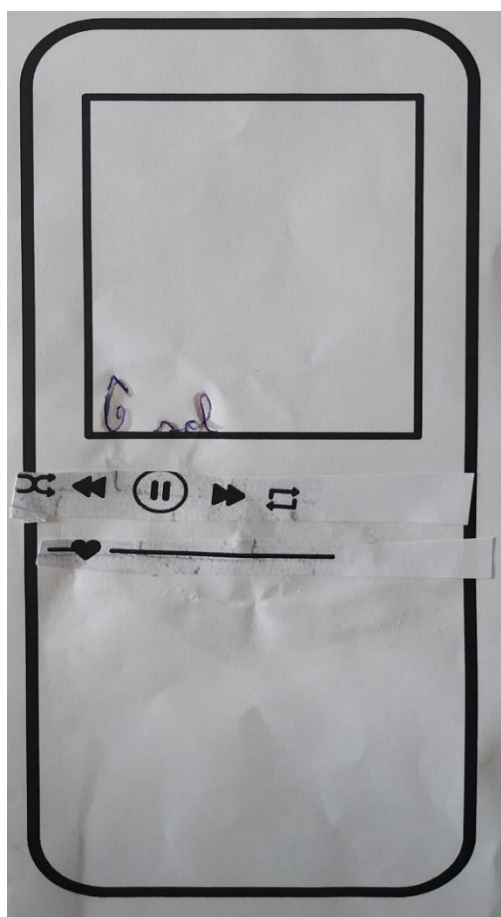
Produção de A11 (14 anos, sexo feminino)



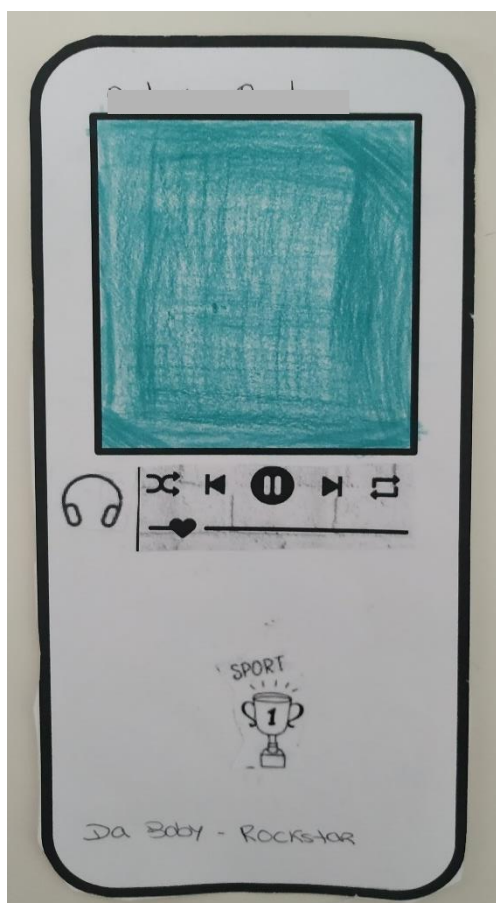
Produção de A13 (13 anos, sexo feminino)



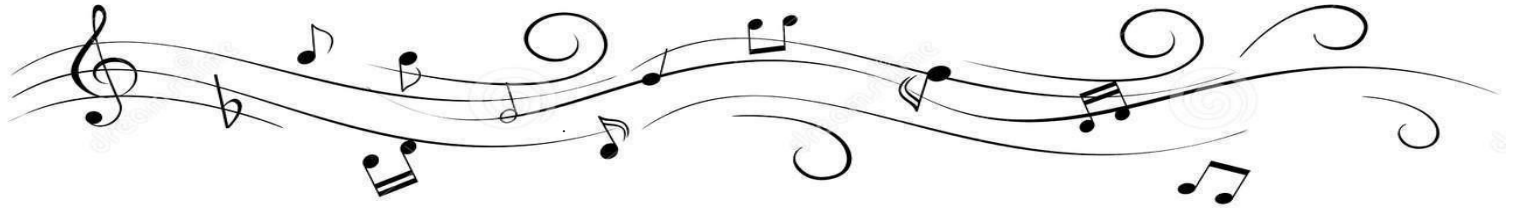
Produção de A14 (16 anos, sexo masculino)



Produção de A15 (16 anos, sexo masculino)



APÊNDICE VX – Questionário de Avaliação da Sessão



Avaliação da Sessão

Após a realização desta atividade e de forma anónima, preenche este questionário, e diz-nos como foi...

1- Gostaste desta atividade? Se sim, o que mais gostaste?

2- O que sentiste ao realizar esta atividade?

3- Esta atividade foi útil para ti? (se sim: de que forma te ajudou? como é que ela te pode ajudar lá fora?)

