

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

Relatório de Estágio

**Desenvolvimento das Competências Socioemocionais:
Intervenção de Enfermagem em grupo de
adolescentes**

Tiago André Gonçalves Pereira

**Lisboa
2022**



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

Relatório de Estágio

**Desenvolvimento das Competências Socioemocionais:
Intervenção de Enfermagem em grupo de
adolescentes**

Tiago André Gonçalves Pereira

Orientador: Professor José Manuel Tatá Falé

**Lisboa
2022**

*“Amanhã, espero sempre um amanhã
E acredito que será
Mais um prazer
E a vida é sempre uma curiosidade
Que me desperta com a idade
Interessa-me o que está para vir”*

António Variações

AGRADECIMENTOS

Professor José Falé

Professor Doutor António Nabais

Professora Doutora Ana Melo

Equipas multidisciplinares dos Ensinos Clínicos

Srº Enfermeiro Ângelo Marinho e respetiva Equipa Multidisciplinar

Srº Enfermeiro João Fortunato e respetiva Equipa Multidisciplinar

Colegas e amigos do Centro Hospitalar onde exerço funções

Aos meus Pais, Manuela Gonçalves e César Pereira e à minha irmã Beatriz Gonçalves Pereira

Filipa Santos

Daniela Afonso, José Simões

Sebastião Falcato

Diana Soares

Catarina Garcia Ribeiro

Ana Ginja, Clara Mendes, Cláudia Freixo

Adolescentes com quem me tenho cruzado e que têm promovido o meu desenvolvimento pessoal e profissional

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

CAL – Comportamentos Auto Lesivos

CSE – Competências Socioemocionais

EC – Ensino Clínico

ECG – Enfermeiro de Cuidados Gerais

EE – Enfermeiro Especialista

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EEM – Exame do Estado Mental

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

FIV – Fertilização *in Vitro*

HD – Hospital de Dia

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAB – Perturbação Afetiva Bipolar

PCA – Perturbação do Comportamento Alimentar

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SEL – Social and Emotional Learning / Aprendizagem Social e Emocional

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SOS – “*Si Opus Sit*” / Se for necessário

SU – Serviço de Urgência

TS – Tentativa de Suicídio

RESUMO

O desenvolvimento de competências socioemocionais tem sido considerado como uma das componentes essenciais para uma educação de qualidade, possibilitando benefícios significativos no bem-estar e crescimento das crianças e adolescentes.

A promoção destas competências permite a gestão das emoções, a promoção de relações interpessoais positivas, a aquisição de estratégias para a resolução de problemas, tomada de decisão de forma informada, o desenvolvimento de comportamentos sociais positivos e, conseqüentemente, a prevenção dos comportamentos de risco.

Delinear projetos de intervenção que promovam o desenvolvimento destas competências desde a infância mostrou-se um tema prioritário e tem sido uma aposta frequente pelos vários profissionais no que toca à prevenção da doença mental. Quanto ao desenvolvimento de projetos sobre esta temática dirigido à fase da adolescência, a literatura encontra-se menos completa.

Fez parte dos objetivos deste projeto de intervenção avaliar a importância e possível eficácia da implementação de intervenções que promovam o desenvolvimento de competências socioemocionais por meio de um grupo de adolescentes em situação de doença mental aguda, em contexto de internamento, com recurso a técnicas de dramatização. Pretendeu-se com isso compreender se este poderia constituir uma necessidade e ser parte integrante do projeto terapêutico individual de cada adolescente, como uma estratégia e um recurso facilitador bem como promotor de mudança de comportamento e de integração de novas estratégias para lidar com as várias questões que levam os adolescentes a adoecer mentalmente.

Para este projeto de intervenção, procedeu-se à planificação e implementação de sessões de grupo onde se desenvolveram fundamentalmente intervenções no âmbito psicoterapêutico.

Palavras-chave: adolescente; competências socioemocionais; grupo terapêutico; mediador expressivo-artístico; enfermagem de saúde mental e psiquiátrica

ABSTRACT

The development of socio-emotional skills has been considered an essential component for a quality education, enabling significant benefits in the well-being and growth of children and adolescents.

The promotion of such skills allows the ability to manage emotions, the promotion of positive interpersonal relationships, the acquisition of strategies for solving problems, making informed decision, the development of positive social behaviors and, consequently, the prevention of risky behaviors.

Outlining intervention projects that promote the development of these skills from childhood has proven to be a priority topic and has been a frequent priority by various professionals when it comes to the prevention of mental illness. However, for the development of projects on this theme aimed at adolescence, the literature is less complete.

One of the main goals of this intervention project was to evaluate the importance and possible effectiveness of implementing interventions that promote the development of socio-emotional skills through a group of adolescents in a situation of acute mental illness, in a hospital context, using dramatization techniques. The aim was to understand if this could constitute a need and be an integral part of each adolescent's individual therapeutic project, as a strategy and resource that facilitates and promotes behavior change and the integration of new strategies to deal with the various issues that lead teenagers to become mentally ill.

For this intervention project, group sessions were planned and implemented in which psychotherapeutic interventions were developed.

Keywords: adolescent; socio-emotional skills; therapeutic group; expressive-artistic mediator; mental health and psychiatric nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
PARTE 1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
1.1 - A adolescência	12
1.2 - A expressão dramática enquanto mediador expressivo-artístico usada com grupos terapêuticos de adolescentes	14
1.3 - Intervenção em grupo	16
1.4 – A importância do desenvolvimento de competências socioemocionais na adolescência	18
1.5 – Contributos da teoria das transições de Afaf Meleis para a abordagem da temática em estudo na adolescência	21
PARTE 2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS COM ADOLESCENTES COM RECURSO A TÉCNICAS DE DRAMATIZAÇÃO	23
2.1 – Metodologia	23
2.2 – Contexto de ambulatório	25
2.3 – Contextualização do local de intervenção	26
2.4 – Objetivos	27
2.5 – Caracterização dos participantes.....	27
2.6 – Programa de intervenção	28
2.7 – Avaliação e limitações do projeto	33
PARTE 3 – ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	35
3.1 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	35
3.2 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	40
3.3 - Competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	47
PARTE 4 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	49
PARTE 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES

APÊNDICE I: Setting Terapêutico

APÊNDICE II: Sessão 1 - Apresentação do Projeto de Intervenção

APÊNDICE III: Sessão 2 - Dramatização: “Identidade”

APÊNDICE IV: Sessão 3 - Dramatização “Escolhas, Desafios e Perdas”

APÊNDICE V: Sessão 4 - Dramatização “Violência”

APÊNDICE VI: Sessão 5 - Dramatização “Emoções”

APÊNDICE VII: Sessão 6 - Dramatização “Comunicação”

APÊNDICE VIII: História de Saúde e avaliação do Exame do Estado Mental colhida com a adolescente (G.) e com a mãe

APÊNDICE IX: Excerto de reflexão sobre situação experienciada, avaliação, estabelecer de diagnósticos e intervenções.

ANEXOS

ANEXOS I: Cinco grandes domínios das CSE de acordo com o Modelo SEL

ANEXO II: Distribuição dos 10 Subtemas de acordo com os 5 domínios de acordo com o Modelo SEL

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio, desenvolvido no âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem e Área de Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica, pretende descrever todo o processo de desenvolvimento e concretização do projeto ao longo da Unidade Curricular Opção II – Projeto Final, que facilitasse o processo de desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) e de Mestre em contexto de internamento e comunidade, seguindo uma abordagem holística e facilitadora ao processo de crescimento da população a me que propus trabalhar.

Este projeto foi pensado de acordo com os meus objetivos pessoais e profissionais e dirigido para a população alvo que me motiva cada vez mais a procurar adquirir, desenvolver e/ ou aperfeiçoar competências que sejam favoráveis à promoção da saúde mental destes – os adolescentes. Ao longo do meu percurso profissional, tenho vindo a refletir sobre as dificuldades que as crianças e os adolescentes com quem me cruzo demonstram em relação ao crescer e às vivências alusivas à passagem entre as várias fases de desenvolvimento e crescimento humano. A literatura tem vindo a demonstrar que o desenvolvimento de competências socioemocionais (CSE) - competências essas que se vão revelando essenciais para um padrão saudável, equilibrado e rico em estratégias para lidar com as várias situações de vida – são um tema essencial a abordar e trabalhar.

Nos últimos anos, uma nova visão sobre a área da saúde mental tem vindo a desenvolver-se, consequência positiva do surgimento de novos modelos de compreensão e intervenção em relação aos processos de saúde. Neste sentido, as intervenções de promoção da saúde mental e prevenção da doença têm vindo a ser consideradas como prioritárias e com o objetivo de potencializar a saúde mental e evitar o surgimento de problemas que levem a um adoecer mental.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2017) estima que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresente, pelo menos, uma perturbação mental antes de atingir a maioridade. O Relatório da Avaliação do Plano Nacional para a Saúde Mental de 2010-2016 e Propostas Prioritárias para a Extensão a 2020 reconheceu a necessidade de reorganização dos Serviços de Saúde Mental da Infância e da Adolescência de forma a ser considerada uma prioridade de saúde pública e onde haja investimento na prevenção e na promoção da saúde devido à identificação do aumento de patologias psiquiátricas em adultos com início precoce na fase da infância e adolescência. Esta população alvo, devido à vulnerabilidade acrescida a que estão expostos poderão beneficiar de uma intervenção onde esteja presente a relação terapêutica e todas as intervenções que as competências de Enfermeiro Especialista (EE). Meleis (1997) refere que o adolescente vivencia uma simultaneidade de transições, em que necessita de mobilizar forças internas e externas para ultrapassar os obstáculos que estas mudanças impõem.

As intervenções de promoção e prevenção têm como objetivo diminuir a incidência e a prevalência de perturbações mentais, seja atuando de forma precoce seja através da minimização de riscos associados ao agravamento da doença (Abreu, Barletta, Murta, 2015). Neste sentido, a intervenção com adolescentes em sofrimento mental visa utilizar estratégias que auxiliem os mesmos a encontrar recursos internos para lidar com as vivências menos positivas que estejam ou possam vir a experienciar. De facto, determinadas emoções parecem desempenhar funções fundamentais, quer na realização eficaz de tarefas, quer no ajustamento socioemocional, nomeadamente: motivar comportamentos; centrar a atenção; perseverar na prossecução dos objetivos; comunicar informação sobre a natureza dos relacionamentos; definir prioridades nos relacionamentos; unir e manter as pessoas em grupos sociais (Niedenthal, Kruth-Gruber & Ric, 2006). Perante tais vantagens, muitos tem sido os autores a sugerir programas de promoção das competências socioemocionais (Casel, 2003; Franco, 2008; Lopes, 2006).

Com base no desenvolvimento de CSE, foi usado o mediador expressivo-artístico dramatização de forma a estudar a viabilidade desta estratégia com a população de adolescentes em sofrimento mental e em contexto de internamento devido à possibilidade de desempenho dos mais diversos papéis sociais, dando a possibilidade de testar as várias formas de lidar com as adversidades e de treinar estratégias complementares.

Desta forma, os objetivos principais do projeto que originou este Relatório de Estágio foram: desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências de EEESMP; desenvolver competências de intervenção terapêutica em grupo de adolescentes.

. Como objetivos específicos, pretendeu-se: desenvolver competências de discussão e análise perante o trabalho desenvolvido com o grupo de adolescentes; compreender a forma como o EEESMP pode promover o desenvolvimento de competências socioemocionais em adolescentes com doença mental através da dramatização como mediador privilegiado na intervenção terapêutica de Enfermagem em grupo.

A prática de cuidados de Enfermagem foi baseada no Modelo das Transições de Afaf Meleis, de forma a sustentar o papel do Enfermeiro no período de transição em que os adolescentes se encontram e na necessidade de assumir papéis diferenciados ao longo do seu crescimento, de forma a conseguirem ultrapassar as dificuldades de forma saudável.

Este relatório apresenta-se organizado em cinco capítulos: a fundamentação teórica, onde são abordados os temas da adolescência, os grupos terapêuticos, o uso da Dramatização como mediador expressivo, as Competências Socioemocionais, a Teoria das Transições de Afaf Meleis; o projeto de intervenção desenvolvimento com grupo de adolescentes; o desenvolvimento das competências do EE, do EEESMP e de Mestre em Enfermagem; considerações éticas; considerações finais.

PARTE 1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 - A adolescência

Os indivíduos adolescentes têm vindo a tornar-se, cada vez mais, num tema essencial de compreensão a nível científico, assumindo-se como uma prioridade em áreas como a investigação ou as políticas públicas, com ênfase nas políticas de saúde e sociais devido às mudanças sucessivas que a necessidade evolutiva assim estimula.

Atualmente, a OMS engloba esta fase entre os 10 e os 19 anos. Habitualmente, tem vindo a ser dividida em três fases que ajudam a enquadrar as expectativas de mudança ao longo dos vários níveis de transformação: a adolescência precoce entre os 10 e os 13 anos, a adolescência média entre os 14 e os 16 anos e a adolescência tardia a partir dos 17 anos. Martins (2005) classifica a adolescência como uma etapa biopsicossocial na qual ocorrem transformações de caráter físico, sexual, social, cognitivo e emocional, sendo há vários anos tida em consideração a individualidade de cada indivíduo. Claes (1985) referiu-se à adolescência como um período do ciclo de vida influenciado pela evolução da sociedade, ressaltando que os seus limites são constantemente alterados ao longo dos anos. Sendo que a adolescência constitui um processo altamente dependente das características biológicas, psicológicas e sociais de cada indivíduo, tanto no que diz respeito aos seus limites temporais como da progressão do indivíduo na mesma, não existe um modelo específico e único da adolescência que possa ser aplicado a todos os adolescentes sem ter em conta, como já referido, a sua individualidade. Já Meleis (2010) refere que pode ser caracterizada como uma transição desenvolvimental que tem lugar entre a infância e a vida adulta e cujas propriedades e condições devem ser estudadas de forma individual no sentido de analisar o progresso da transição e de identificar se esta é considerada saudável ou não.

Na cultura Ocidental, a fase da adolescência parece estar a ser influenciada pelas mudanças nas dinâmicas familiares. De acordo com Payne (2010) citado por Garcia (2016), a atual educação das crianças apresenta-se totalmente centrada em quatro pilares: informação, opções, brinquedos (ou bens materiais) e velocidade, fazendo com que haja uma grande barreira no desenvolvimento da fantasia e no desempenho do papel de criança que é característico da infância e que, conseqüentemente, promove a diminuição do período dedicado para esta faixa etária e inibe a transição entre as restantes fases de desenvolvimento humano. Por outro lado, a independência, a autonomia e a maturação psicossocial dos adolescentes, assim como a conseqüente adoção de papéis na vida adulta, tem vindo a prolongar-se no tempo. Comparativamente a gerações anteriores, os adolescentes necessitam de um período de tempo maior para atingir a independência social e económica, seja pelo prolongamento dos estudos académicos, seja pela dificuldade da entrada no mercado laboral ou pela comodidade ou necessidade de continuar a viver no núcleo familiar (Gaete, 2015, citado por Garcia, 2016).

Na adolescência, é crucial concretizar um conjunto de etapas para permitir o bom funcionamento adaptativo em etapas posteriores da vida. Segundo Erikson (1996) citado por Garcia (2016) a tarefa principal da adolescência é a procura da identidade, ou seja, encontrar uma resposta à pergunta “*quem sou eu?*”. Esta identidade poderá ser permanente e única, diferenciando o indivíduo da sua família, dos seus pares e da sociedade. Desta forma, a descoberta da identidade durante a adolescência e no início da vida adulta implica questões como aceitação do próprio corpo, a aceitação da própria personalidade e da identidade sexual assim como a definição de uma ideologia pessoal com valores próprios (Gaete, 2015 citado por Garcia, 2016). Nesta procura da identidade o adolescente tende a afastar-se do núcleo familiar para encontrar novas figuras de referência no seu grupo de pares. Assim, a dependência que o indivíduo tinha anteriormente dos seus progenitores é transferida ao grupo de pares, o que o torna psicologicamente vulnerável às críticas dos mesmos assim como à aquisição de comportamentos positivos e/ou negativos para a saúde (Breinbauer & Maddaleno, 2005; Gaete, 2015 citado por Garcia, 2016). Este distanciamento com a família está igualmente relacionado com a autonomia, a qual é outra das tarefas próprias da adolescência. Assim, no sentido de atingir autonomia, tanto a nível emocional como económico, o adolescente começa uma separação progressiva com a família o que se pode traduzir em conflitos dentro do núcleo familiar. Durante a procura da independência, o adolescente tende a experienciar sentimentos de medo e sensação de insegurança, sendo previsto que procure apoio no grupo de pares. A identificação com o grupo poderá permitir ao adolescente reforçar as mudanças do seu Núcleo do Eu e dos seus comportamentos.

Outra característica própria da adolescência é o desenvolvimento de competências sociais e emocionais. A primeira delas está relacionada com as competências ligadas à socialização e interação com os outros enquanto a segunda está relacionada com a capacidade de controlo das emoções. Assim, para além de promover a autonomia do adolescente, o relacionamento com o grupo de pares poderá contribuir para o bem-estar e desenvolvimento psicossocial do próprio adolescente.

A concretização das etapas anteriormente descritas poderá ser facilitada por uma série de fenómenos como é o caso do desenvolvimento de habilidades cognitivas. Segundo Piaget (1976), na adolescência o indivíduo deixa o pensamento concreto – infantil – e evolui para o pensamento abstrato – adulto. Com isto, se o desenvolvimento do jovem for positivo e bem-sucedido nesta etapa da vida, este irá apresentar autonomia psicológica: identidade e autoconhecimento, capacidade de tomar decisões responsáveis e de assumir funções e responsabilidades.

A adolescência parece constituir um período de preparação para a idade adulta. Há a necessidade de realização de uma introspeção, de desconstrução do que passou e da importância de olhar para o aqui e agora, mas também de projeção e construção do futuro. Para tal, as relações criadas com o meio, a identidade pessoal e o núcleo do Eu, a sexualidade, o grupo de amigos, os valores, a experiência e a experimentação de novos papéis são fatores influenciadores, quer positiva quer negativamente.

Torna-se, assim, caracterizada por mudanças, transformações e experimentações que vinculam esta fase da vida à vulnerabilidade e ao risco (Saito & Leal, 2007 citado por Azevedo, 2010).

1.2 - A expressão dramática enquanto mediador expressivo-artístico usada com grupos terapêuticos de adolescentes

A Arte é utilizada como forma de expressão desde os primórdios da vida humana, sendo usada para descrever acontecimentos da vida diária, imortalizar aspetos significativos da cultura e como mediador da comunicação. Deste modo “*a arte é expressão e comunicação de sentimentos*” (Cross, 1983 citado por Vieira, 2016, p.27), sendo que a palavra expressão está estreitamente ligada à manifestação de emoções. Parece ser possível considerar a arte como um método de exteriorização de sentimentos e emoções pertencentes ao mundo interno.

Os vários ganhos positivos do uso de mediadores expressivo-artísticos podem subdividir-se em benefícios de origem pessoal, social e terapêutica. Especificamente falando sobre os benefícios de origem terapêutica, Sousa (2000) citado por Vieira (2016) refere que “*uma educação voltada para objetivos imediatos expressivos, contribui (...) para a manutenção de uma vida mental saudável*” (p.28). Deste modo, a aposta numa inclusão mais alargada de atividades no âmbito das expressões artísticas nos projetos terapêuticos e intervenção poderá potenciar quer a aquisição, quer a consolidação de competências emocionais, como o caso do autoconhecimento e da autogestão e de competências sociais como a consciência social, a relação interpessoal e a tomada de decisão responsável.

A Expressão Dramática foi o mediador expressivo escolhido e utilizado para o desenvolvimento deste projeto de intervenção para o desenvolvimento de competências socioemocionais. Sousa (2003) citado por Vieira (2016) defende que:

“A expressão dramática (...) permite aos adolescentes exercerem-se, falarem das suas angústias, frustrações, recalcamientos, desejos. E não só através do corpo, da voz ou de improvisações. Os exercícios servem para se encontrarem a eles próprios. Encontrando-me comigo, encontro-me com os outros. (...) A passagem do mundo interior para o mundo exterior, eis a nossa função” (p.41).

Ao permitir experiências diversificadas, a expressão dramática facilita o desenvolvimento pessoal e social através da mudança de perspetivas, comportamentos e, ainda, consegue colocar o indivíduo num processo reflexivo sem que seja necessário privá-lo do que é mais humano em si: o sentir e o pensar.

Considerando a opinião dos autores Bompastor *et al* (2012) citados por Vieira (2016), poderá existir uma associação a expressão dramática ao desenvolvimento de diversas competências:

“As técnicas de expressão dramática permitem, na generalidade, o desenvolvimento de competências sociais, competências comunicativas, fomento da criatividade, promoção do trabalho em grupo, potenciação da capacidade de resolução de problemas e do pensamento divergente, assim como o desenvolvimento das competências expressivas” (p. 42).

De acordo com Sousa (2003) citado por Vieira (2016), a expressão dramática oferece ao indivíduo a oportunidade: “(...) livremente, expressar os seus mais íntimos sentimentos, dar ampla vazão à sua imaginação criativa, (...), desempenhar no faz-de-conta os mais diversos papéis sociais e usar o seu corpo nas mais diferentes qualidades de movimento” (p.43).

O mesmo autor ainda faz referência de que “todas as tendências e desejos recalcados encontram na expressão dramática um excelente meio para se escapar e expressar” (Sousa, 2003 citado por Vieira, 2016, p.43).

Face ao exposto, é possível considerar que a dramatização constitui um mediador eficaz para retratar as CSE, sendo que detém potencialidades mais complexas e específicas, podendo ser caracterizada de acordo com o Modelo Teórico Psicodramático de Jacob Levi Moreno. Contudo, irá apenas ser feita referência a alguns instrumentos e técnicas de dramatização, já que estiveram na base de algumas intervenções deste projeto. O Psicodrama é um modelo de intervenção psicoterapêutica que coloca o paciente num palco, no qual lhe é dada a oportunidade de exteriorizar os seus problemas com ajuda de determinados atores terapêuticos. Se no lugar do protagonista estiver um conjunto de pessoas, nesse caso, trata-se de Sociodrama (Soeiro, 1991). Moreno criou métodos pioneiros de intervenção e compreensão do ser humano através da força do grupo, da ação no palco e da exploração dos papéis, quer individuais, quer coletivos, destacando-se entre estes o Psicodrama e o Sociodrama (Sternberg & Garcia, 2000 citado por Sousa, 2012). Este modelo é composto por cinco instrumentos: o Protagonista, elemento do auditório que assume maior relevância na fase de aquecimento, através da partilha de vivências com o grupo e que vai representar o problema comum – sendo o grupo no caso específico do Sociodrama; o Diretor, responsável pela direção da sessão e tomada das decisões, em colaboração com os egos auxiliares; o Ego-Auxiliar, que faz parte da unidade funcional, em conjunto com o diretor e assume funções de ator e veículo terapêutico; o Auditório, formado pelos elementos do grupo terapêutico e que, no final da dramatização, são incentivados a partilhar emoções, opiniões e vivências; o Cenário que se constitui como o espaço onde se desenrola a ação e é constituído por um palco e por todos os adereços que se mostram fundamentais ao longo da dramatização (Abreu, 2006).

As sessões são constituídas por três fases: aquecimento (inespecífico e específico), dramatização e partilha. No aquecimento é preparado o ambiente da sessão, onde os elementos interagem e onde se tenta promover a espontaneidade, emergindo um assunto/ vivência que pode ser trabalhada. A passagem do aquecimento inespecífico para o específico ocorre quando se levanta uma questão que desperta a atenção do grupo e sobre a qual se vai centrar a sessão, preparando-se assim a dramatização. Durante a dramatização, o diretor pode recorrer a diversas técnicas sociodramáticas, como o role playing, que permite a representação de um papel que se assume pertinente no momento ou que ainda se encontra em desenvolvimento e é frequentemente mal desempenhado (Abreu, 2006). Quando é anunciado o final da dramatização, inicia-se a fase da partilha que é realizada, em ordem, pelo protagonista, pelo auditório, pelo ego auxiliar e pelo diretor. O diretor faz uma síntese da sessão e, tendo em conta um referencial teórico, levanta alternativas e dá por terminada a sessão.

De acordo com Soeiro (1991) citado por Nabais (2019), as dramatizações podem e devem ser intercaladas com histórias reais, dando a possibilidade da dramatização. Em relação às técnicas utilizadas, são frequentemente as mesmas, a Interpolação de Resistências, a Realização Simbólica e a Inversão de Papéis, apesar de existirem outras técnicas com potencial terapêutico como o Espelho, a Estátua e o Solilóquio.

Na técnica de Inversão de Papéis existe uma “troca” ou “inversão” de papéis, entre o protagonista e ego auxiliar. O ego auxiliar repete as últimas palavras do protagonista, e este continua a ação como se fosse o personagem, e posteriormente troca, e assim sucessivamente. Esta técnica tem como função imediata permitir que o ego auxiliar aprenda o papel que lhe foi destinado, obrigando desta forma o protagonista a colocar-se, no lugar da pessoa com quem interagiu (Abreu, 1992, citado por Nabais, 2019). A técnica de Interpolação de Resistências permite que o diretor teste a espontaneidade do protagonista, pois este encontra-se desprevenido, e ao sentir-se desarmado, toma consciência do jogo de ações e reações estereotipadas que muitas vezes é a vida de relação (Abreu, 1992, citado por Nabais, 2019). A técnica do Espelho corresponde a um tipo de auto-observação, que pode ser incômoda para o protagonista, por ser uma técnica “provocatória”, podendo suscitar reações emocionais. O diretor pode solicitar a um dos egos auxiliares que se coloque diante do protagonista e o imite em espelho (Abreu, 1992, citado por Nabais, 2019). Na técnica do Solilóquio, o diretor solicita para “pensar em voz alta”. A ação fica suspensa, e o protagonista verbaliza o que estava a pensar aquando a cena, permitindo a adequação do ego auxiliar e orientação do diretor, assim como a expressão de sentimentos e intenções que entram em contradição com a ação (Abreu, 1992, citado por Nabais, 2019). Quanto à técnica da Estátua, o diretor pede ao protagonista para utilizar os egos auxiliares ou objetos intermediários para representar determinada situação, como por exemplo, a família. O protagonista pode usar o seu próprio corpo. Posiciona os egos auxiliares ou objetos de forma estática, mantendo as posições (Abreu, 1992, citado por Nabais, 2019).

1.3 - Intervenção em grupo

Na área da saúde, a intervenção em grupo assume um papel fundamental, uma vez que este tipo de intervenção é considerado um espaço terapêutico de partilha, coesão, suporte social e de aprendizagem. Este tipo de intervenção potencializa os ganhos propostos com o projeto terapêutico dos adolescentes que se encontram em sofrimento mental, dado a possibilidade de troca de experiências e à possibilidade de se colocarem no papel do Outro.

Para Yalom e Leszcz (2007), em grupos que possuem objetivos terapêuticos podem ser encontrados 11 fatores terapêuticos: instilação de esperança; universalidade; partilha de informações; altruísmo; recapitulação corretiva do grupo familiar primário; desenvolvimento de técnicas de socialização; comportamento imitativo; aprendizagem interpessoal; coesão grupal; catarse; fatores existenciais. Em relação à instilação da esperança, os autores argumentam que a esperança é necessária

para manter o paciente na terapia, referindo que os feedbacks dos pacientes no final de terapias de grupo eram positivos face os ganhos positivos do Outro. É, assim, relacionada com um desenvolvimento positivo do processo terapêutico (Yalom e Leszcz, 2007). A Universalidade relaciona-se com o facto da pessoa sentir que está “no mesmo barco” (Yalom e Leszcz, 2007, p. 27) que os pares, contrariamente à crença de que apenas uma pessoa poderá ter determinadas dificuldades, pensamentos, impulsos e fantasias. Assim, especialmente na primeira fase de desenvolvimento do grupo, a invalidação dos sentimentos de ser o único a sentir algo específico mostra ser uma fonte de alívio, já que após ouvirem os pares a revelarem preocupações semelhantes às suas, passam a sentir-se mais em contato com o Mundo (Yalom e Leszcz, 2007). A partilha de informações deriva da premissa de que, em atividades terapêuticas de grupo, os terapeutas e os pacientes partilham informações entre si, existindo aconselhamento e orientação em relação aos variados temas. Outro fator terapêutico indicado é o altruísmo, caracterizado pelo ato de partilha de conteúdo pessoal com outras pessoas, resultando numa sensação de utilidade quando oferecem sugestões e partilham comentários, promovendo o aumento da autoestima. Nos grupos terapêuticos pode ocorrer uma recapitulação corretiva do grupo familiar primário, visto que muitos pacientes que participam em grupos terapêuticos têm um histórico de experiências insatisfatórias em relação ao seu grupo familiar primário (Yalom e Leszcz, 2007). Os grupos terapêuticos têm, desta forma, fatores de semelhança com uma família, dado que existem figuras de autoridade/progenitores, figuras fraternas/irmãos e partilhas pessoais. Estar em grupo também favorece o desenvolvimento de técnicas de socialização e melhorias consideráveis no desenvolvimento de competências sociais como falar perante outros, escutar, dirigir o olhar, estabelecer relações de confiança. Além disso, pode-se estabelecer um comportamento imitativo, de maneira que nos grupos é possível que os participantes possam adequar os seus comportamentos a partir dos comportamentos dos terapeutas e dos pares. Em simultâneo, poderá notar-se uma aprendizagem interpessoal, que ocorre através do desenvolvimento das relações entre os membros do grupo e com os terapeutas, mostrando ser uma oportunidade de mudança no comportamento pela possibilidade de experimentar novos papéis. A coesão grupal também constitui um dos fatores terapêuticos, correspondendo ao vínculo que atrai um grupo e cria resistência à separação, vínculo esse criado através de atos de compreensão, de aceitação, de afeto, de conforto, de sensação de pertença. O penúltimo fator terapêutico referido é a catarse, acontecimento importante no desenvolvimento do processo terapêutico, por ser o ato de libertação de sentimentos ou emoções reprimidas, que conduz a uma sensação de alívio ou pacificação. Por fim, os fatores existenciais, caracterizados por reflexões acerca de temas ligados à condição humana como a liberdade, a morte, a injustiça ou a solidão.

Tal como Yalom e Leszcz (2007), Verzignasse e Terzis (2008) referem que na adolescência, o grupo passa a ter uma maior relevância, funcionando como um espelho, no qual o adolescente vê refletido no outro as suas próprias dificuldades. Através do próprio grupo, é oferecida a possibilidade de trabalhar dúvidas, testar novos papéis, organizar lutos, experienciar a sensação de segurança e, com isso, criar uma identidade mais estruturada.

A evidência demonstra que os programas de intervenção em grupo com adolescentes em sofrimento mental podem ser benéficos no projeto terapêutico. Estes programas demonstram o efeito da partilha entre pares, a promoção da expressão emocional num ambiente de igualdade, tendo como ganhos essenciais a diminuição do regime medicamentoso, o sucesso escolar, a integração nos grupos de pares e a aquisição de estratégias alternativas para lidar com as dificuldades. O grupo terapêutico encontra-se numa interação constante, pelo que é um local de partilha de afetos, emoções e opiniões, quer pessoais, quer grupais. Para Guerreiro e Nabais (2005, p.222) “*o grupo constitui um espaço facilitador do trabalho psíquico (...) de consolo, satisfação e prazer (...) [que] possibilita uma actividade criativa relacional*”. Estes autores realçam ainda a possibilidade de observação do comportamento verbal e não-verbal dos elementos do grupo e, a partir daí permite enriquecer as diversas intervenções posteriores.

Quanto à caracterização dos grupos, é importante ressaltar que existem grupos abertos e fechados. Enquanto um grupo fechado inicia e termina com os mesmos elementos, salvo as saídas imprevistas, um grupo aberto abre a possibilidade da entrada de novos elementos durante o processo terapêutico.

Souza (2004) considera que a realização de grupos terapêuticos é algo complexo e importante pelos ganhos positivos que auferem quer aos elementos do grupo, quer aos técnicos. A estes últimos, refere que são alvo de crescimento pessoal e profissional, devendo este tipo de intervenção ser divulgada a todos os profissionais, em especial aos que exercem funções na área da Saúde Mental e Psiquiátrica.

1.4 – A importância do desenvolvimento de competências socioemocionais na adolescência

As competências socioemocionais são adquiridas através da aquisição de aprendizagens que permitem a expressão de emoções, uma interação social adequada e a capacidade de autoconhecimento, relacionando-se ainda com a identidade pessoal, as experiências vivenciadas e com o desenvolvimento biopsicossocial do adolescente. São consideradas competências fulcrais para o desenvolvimento da capacidade de interação, autorregulação, no estabelecimento de relações positivas com os pares e na gestão das emoções (Carvalho et al., 2016).

Apesar de ainda existir alguma dificuldade na definição de competência socioemocional, um ponto comum à maioria dos teóricos é a noção de que os comportamentos socioemocionais, quando adequados tornam-se ferramentas que, por sua vez, se apropriadamente desempenhadas, conduzem à competência social geral (Lopes et al., 2006). Outro ponto de consenso entre os teóricos na sua definição, consiste na ideia de que é um comportamento social adequado, onde a sua definição como ajustado passa pela avaliação da situação em questão, do nível etário, do contexto, da cultura e de um conjunto de intervenientes sociais (Matos, 2005).

Correspondem a um constructo complexo e multidimensional que consiste num conjunto de características comportamentais e cognitivas e na adequação emocional necessária ao desenvolvimento

de relacionamentos interpessoais adequados e satisfatórios (Merrell, 2008 citado por Santos, 2016). Não são inatas mas aprendidas e construídas através da observação e da imitação de comportamentos resultantes da interação com o meio social de inserção (Bandura, 1999 citado por Santos, 2016).

As CSE referem-se à capacidade do indivíduo reconhecer, usar e regular emoções, de forma eficiente e produtiva, permitindo uma interação eficaz com o meio e a resolução competente das situações (Goleman, 2006). Surgem intrinsecamente ligadas na medida em que a vertente social se relaciona com a construção de relações positivas com os outros, e a gestão das emoções é crucial nesse relacionamento (Merrell e Gueldner, 2010 citados por Santos, 2016). O seu desenvolvimento permite que os adolescentes se tornem mais resilientes, reconheçam as suas próprias emoções e a maneira mais adequada de lidar com elas, permitindo a gestão mais responsável da tomada de decisões, sejam relacionadas com a sua saúde ou com a sua vida (PNSE, 2015).

A transição para a adolescência é um período de máxima importância para a implementação de intervenções que promovam o desenvolvimento do adolescente e a prevenção de futuros problemas ou dificuldades de adaptação (Petersen e Hamburg, 1990 citados por Matos, 2005). Este tipo de intervenções deverá ter como foco a prevenção de comportamentos e atitudes que são, geralmente, designados por competências socioemocionais ou por resiliência (Matos, 2005).

Estas competências podem ser avaliadas através dos comportamentos sociais significativos (com os pares, a família, a escola), manifestados em situações específicas, e que predizem formas de funcionamento adaptativas, importantes e funcionais na infância e na adolescência (Matos, 2005). Sem o desenvolvimento de CSE para interagir construtivamente e desenvolver relações interpessoais, as crianças e os adolescentes são excluídos das oportunidades de desenvolver, no futuro, mais e mais competências complexas de vida (Matos, 2005). Podem, assim, ser vistas como pertencentes ao repertório das competências pessoais de cada indivíduo (Matos, 2005).

Vários estudos têm sido elaborados, com o objetivo de definir uma taxonomia das competências socioemocionais que devem constituir um programa de intervenção. Lopes et al (2006) e Matos (2005) elaboraram uma taxonomia derivada da investigação e que inclui cinco dimensões: (a) relação com os pares (interação social, comportamento pró-social, capacidades sociais preferidas pelos pares, empatia e participação social); (b) auto gestão (auto controlo, convenção social, independência social, responsabilidade e conformidade); (c) académica (adaptação à escola, respeito pelas regras sociais na escola, orientação para a tarefa e responsabilidade académica); (d) conformidade (cooperação social, competência e cooperação), (e) afirmação (assertividade, iniciativa social e ativador social).

Para Fetro et al (2010) o desenvolvimento dos adolescentes diz respeito a um processo dinâmico, no qual estes procuram formas de reconhecer as suas necessidades e de desenvolver capacidades e competências que lhes irão permitir funcionar eficaz e eficientemente nas suas vidas quotidianas.

De acordo com a publicação da OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) “Beyond Academic Learning: First Results from the Survey of Social and Emotional Skills” (2021), traduzido para Português em 2021 pelo Instituto Ayrton Senna, as CSE são um subconjunto das habilidades, atributos e características de um indivíduo que são importantes para o sucesso individual e o funcionamento social. Estas abrangem disposições comportamentais,

estados internos, abordagens para tarefas e gestão bem como controlo do comportamento e das emoções. As crenças sobre si mesmo e sobre o mundo que caracteriza os relacionamentos de um indivíduo com os outros também são componentes de competências socioemocionais. Desempenham um papel importante no desenvolvimento de crianças e adolescentes e, combinadas com o desempenho académico e com as competências cognitivas, representam um recurso holístico de competências essenciais para o sucesso na escola e na vida adulta.

De acordo com o Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar (2016), a SEL refere-se a um modelo, cuja tipologia de atividades permite a aquisição gradual de competências que todos os indivíduos necessitam de adquirir para se adaptarem a diversas situações e atividades do dia-a-dia, serem bem-sucedidas no seu projeto de vida, seja na família, na escola, no local de trabalho ou na relação com os outros.

Os programas de aprendizagem de Competências Socioemocionais surgem, assim, como um dos quadros de referência para a promoção da saúde mental. A teoria holística defensora do desenvolvimento integral do ser humano, assim como a teoria de Gardner (teoria das inteligências múltiplas), os trabalhos de Goleman sobre Inteligência Emocional, de autores percursores em aprendizagem social e de outras perspetivas teóricas, suportam este quadro referencial das SEL. Nesta perspetiva, as SEL são um constructo multidimensional e interativo, incluindo fatores cognitivos, interpessoais, emocionais e sociais. A aplicabilidade desta tipologia de projetos promove ganhos, particularmente no que à saúde mental se refere.

Neste manual, a saúde mental pode ser entendida, de acordo com a OMS (2014), como um estado de bem-estar em que cada indivíduo dá conta do seu próprio potencial intelectual e emocional para lidar com as tensões normais da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera, e ser capaz de dar um contributo para a sua comunidade. A dimensão positiva da saúde mental é, pois, enfatizada na definição de saúde da OMS, onde a saúde é vista como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença.

Estes autores fazem ainda referência às SEL como promotoras do desenvolvimento integrado e interrelacionado de competências cognitivas, emocionais e sociais, reunidas numa estrutura de cinco grandes domínios: autoconhecimento, autogestão, consciência social, relação interpessoal e tomada de decisão responsável. Estes cinco domínios estão descritos no Manual para a Promoção de CSE no Meio Escolar de acordo com o seu significado e o que procuram preencher na qualidade de vida dos indivíduos em questão (**Anexo I**). Os resultados associados à implementação dos cinco domínios SEL são: melhor autoconsciência, autogestão, consciência social, relacionamento interpessoal e capacidade de tomar decisões responsáveis; melhores atitudes e crenças sobre si próprios/as, os outros e o meio ambiente. Em contrapartida, estes resultados fornecem uma base para melhorar a adaptação à escola e o desempenho académico, que se refletem em comportamentos sociais e nas relações entre pares mais satisfatórias, diminuição de problemas comportamentais, menos stress emocional e melhores resultados escolares. Para o desenvolvimento destes cinco domínios, os autores enumeraram dez subtemas para serem trabalhados nas sessões: Identidade; Comunicação; Emoções; Autonomia; Proteção; Violência; Escolhas, Desafios e Perdas; Valores; Interação; Pertença. Estes subtemas estão

interligados com os domínios (**Anexo II**).

1.5 – Contributos da teoria das transições de Afaf Meleis para a abordagem da temática em estudo na adolescência

Para Meleis (2010), transição corresponde à passagem de um estado relativamente estável para um outro estado relativamente estável, desencadeada por uma mudança. Na transição da infância para a adolescência ocorre uma mudança nos pressupostos a respeito de si mesmo e do mundo, provocando uma mudança correspondente no comportamento e relacionamento dos indivíduos em causa (Zagonel, 1998). A verdadeira dificuldade para o adolescente não se centra na questão da transição mas sim na perceção da mudança, sendo que a adaptação à transição inclui a integração da transição na sua vida.

Meleis (2010) refere que as transições, quando ineficazes, levam à insuficiência do papel. A autora define insuficiência do papel como sendo uma dificuldade no conhecimento e/ou desempenho do papel, ou quando estamos perante sentimentos e objetivos associados ao comportamento do papel, que é percebido pelo próprio ou por pessoas significativas como insuficiente. Poderá caracterizar-se por comportamentos e sentimentos associados a uma perceção de desarmonia em função ao desempenho esperado e traduz-se por manifestações de forma involuntária, como ansiedade, depressão, apatia, frustrações, tristeza, impotência, infelicidade, agressividade e hostilidade (Meleis, 2010).

Suplementação de papel é definido como qualquer processo deliberativo em que a insuficiência do papel é identificada e as condições e estratégias para clarificar o papel e assumi-lo são usados para desenvolver uma intervenção preventiva ou terapêutica para diminuir, melhorar, ou prevenir a insuficiência de papel. Está assim definida como a transmissão de informações ou conhecimentos necessários para trazer o titular do papel e outras pessoas significativas para a plena consciência dos padrões de comportamento esperados, sentimentos, sensações e objetivos envolvidos em cada função e respetivo complemento (Meleis, 2010).

A suplementação de papel pode ser tanto preventiva como terapêutica. Quando a suplementação de papel é usada como uma forma de esclarecimento dos papéis para pessoas, antecipando a transição, atuando como preventiva. Quando terapêutica, é utilizada quando existe insuficiência do papel (Meleis, 2010). A sua conceção necessita de ser mobilizada e estudadas as componentes, estratégias e processos no uso clínico. Mobilizar ferramentas adequadas de investigação como na área do Psicodrama e Sociodrama, que contêm ferramentas para a prática e investigação relacionada com a comunicação e assumir o papel (Meleis, 2010).

Nas transições da infância para a adolescência e desta última para a fase adulta, palco de transformações físicas e da construção da identidade, por si só, corresponde a um momento de crise (Maas & Zagonel, 2005). A esta transição poderá juntar-se a transição saúde-doença, ao passar de uma condição saudável para uma condição de doença, provocando insegurança e ansiedade. Esta transição poderá acarretar uma outra, o internamento em crise, que acentua esses sentimentos.

Segundo Chick e Meleis (1986) citados por Zagonel (1999), a enfermagem pode atuar no

período anterior à transição esperada, preparando para a mudança de papéis e pode atuar na prevenção dos efeitos negativos sobre o indivíduo.

De acordo com Zagonel (1999), o cuidado ao indivíduo que experiencia uma situação de transição deve assentar na compreensão dessa mesma situação a partir da perspectiva do indivíduo e, partindo desta abordagem, deve-se identificar as necessidades de intervenção. Devem ser sempre considerados os fatores mediadores dos processos de transição e incluídas as ações preventivas à transição e as estratégias de intervenção quando o evento já ocorreu ou ainda está a ocorrer já que, segundo Zagonel (1999), *“a transição será melhor sucedida ao conhecer-se: o que desencadeia a mudança, a antecipação do evento, a preparação para flexibilizar-se dentro da mudança e a possibilidade de ocorrências múltiplas de transições simultaneamente”* (p.28).

A Enfermagem deve identificar as transições como o seu foco central, realizar projetos que permitam conhecer a forma como as pessoas as vivem, assim como as terapias de Enfermagem que aumentam a capacidade das pessoas a suportarem eficazmente ou a resolverem os problemas de saúde que advêm (Meleis, 2010).

PARTE 2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS COM ADOLESCENTES COM RECURSO A TÉCNICAS DE DRAMATIZAÇÃO

2.1 – Metodologia

Após a prévia observação em contexto clínico, da partilha e reflexão sobre as dificuldades dos adolescentes com a Equipa Multidisciplinar e da importância de desenvolvimento de um projeto direcionado para as necessidades atuais assinaladas, pensou-se que este projeto poderia ser uma mais valia para integrar o projeto terapêutico individual de cada adolescente e auxiliar na construção de estratégias para lidar com as questões identificadas.

O Projeto de Intervenção foi baseado no Manual para a Promoção de CSE em Meio Escolar¹ desenvolvido com a população alvo já descrita, isto é, adolescentes em contexto de internamento por doença mental. Ao desenvolver atividades promotoras de saúde, pretende-se fornecer suporte aos adolescentes, auxiliando-os a munirem-se de estratégias para recuperação da sua saúde mental. Assim, compete ao Enfermeiro preparar e informar os adolescentes, através de um processo de aquisição de novas competências relacionadas com a experiência de transição (Meleis et al, 2010) e, através do aumento dos fatores de proteção, promove-se e previne-se a ocorrência de doença mental no adulto (Carvalho et al, 2019).

Apesar do manual ter sido delineado para uma fase de desenvolvimento da vida humana e para um contexto diferente, com este projeto de intervenção pretendeu-se compreender a pertinência da implementação de um projeto de desenvolvimento de CSE em adolescentes internados com doença mental. Os cinco domínios das SEL previamente referidos foram o principal suporte deste projeto de intervenção, sendo os subtemas propostos e trabalhados de acordo com a sua pertinência ao longo do desenvolvimento do projeto.

Sendo o grupo terapêutico constituído por adolescentes com doença mental e com uma proposta de intervenção centrada no desenvolvimento de CSE através de jogos e partilhas, optou-se pelo uso da atividade terapêutica Expressão Dramática e com base na estrutura das técnicas psicodramáticas. O Modelo Psicodramático serviu apenas de base de estruturação. De acordo com Vieira (2016) “*A expressão dramática (...) permite aos adolescentes exercerem-se, falarem das suas angústias, frustrações, recalamentos, desejos. E não só através do corpo, da voz ou de improvisações. Os exercícios servem para se encontrarem a eles próprios.*” e, de acordo com Rojas-Bermudez (1970) citado por Sousa (2012) “*um dos fatores de valorização das técnicas psicodramáticas é a interação que permite a criação de vínculos com o outro, diminuindo o isolamento e permitindo a comunicação (...) fortalecidos por processos de identificação e compreensão do outro, promovidos pela aplicação de técnicas psicodramáticas como a inversão de papéis, o solilóquio...*”.

¹Carvalho, A., Almeida, C., Amann, G., Leal P., Pereira, F., Lopes, I. (2016). Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar. Lisboa: DGS, IPS/ESS, PV, DGS.

Quanto ao setting terapêutico (**Apêndice I**), o espaço disponibilizado foi o ginásio, onde são realizadas as atividades terapêuticas. É um espaço grande e iluminado, sem muitos elementos de distração, onde é possível desenvolver qualquer tipo de atividade sem causar incômodo no restante espaço do internamento. O cenário foi organizado por mim e pelo Enfermeiro Orientador: conjunto de sofás e cadeiras em círculo; no meio um tapete a simular um palco, demarcando o contexto na sala onde irá decorrer a dramatização; duas cadeiras a representar simbolicamente as cortinas do palco – abertas apenas durante a dramatização, onde tudo seria possível e fechadas nos restantes momentos. Quando as cadeiras são retiradas inicia-se a dramatização, estando o grupo em contexto dramático, onde o tempo e espaço são suspensos, tudo pode ser vivido no “aqui e agora”, numa realidade suplementar.

O horário e frequência das sessões foi acordado com a Equipa, de acordo com a organização do serviço. Ficou inicialmente decidido que as sessões iriam ocorrer uma vez por semana, à segunda-feira no período da manhã durante cerca de noventa minutos. A partir da quarta sessão foi constituído um novo grupo com a mesma abordagem, mas durante o período da tarde. Nos momentos antes de cada sessão, os terapeutas reuniam-se para seleccionar o grupo que beneficiaria da atividade terapêutica, tendo como principais critérios de exclusão: não ser adolescente; apresentar um quadro de incapacidade cognitiva que não permitia beneficiar ou que impossibilitasse o Outro de benefício; não ter critérios clínicos para inclusão de atividades terapêuticas (como encontrar-se em situação de crise, existência de alterações do pensamento onde não se evidenciassem benefícios), ter agendada consulta médica, reunião familiar ou outra atividade de relevância.

Os materiais e recursos foram determinados no planeamento do projeto de intervenção e das respetivas sessões. No **Apêndice I** encontram-se os objetos presentes em todas as sessões e disponíveis para os exercícios de aquecimentos e para as dramatizações. Os materiais que foram necessários para sessões específicas eram adquiridos de acordo com o planeamento: folhas brancas, fotocópias, imagens retiradas da internet, cartolina, tubos de cola.

Dado o tempo de implementação do projeto e a característica principal do grupo terapêutico – um grupo aberto – não se justificou aplicar um ou mais Instrumentos de Avaliação acreditados e validados para a população portuguesa. Dado ainda o conjunto de intervenções terapêuticas que eram realizadas pelos vários profissionais de saúde, o regime medicamentoso, não foi possível atribuir a este projeto um papel preponderante e decisivo na melhoria da saúde mental dos adolescentes.

O projeto foi sendo avaliado e modificado conforme as necessidades identificadas pelos adolescentes e pela equipa multidisciplinar, incidindo nos temas programados e nas vivências que marcavam a semana. Após a primeira sessão de apresentação do projeto, onde foram abordadas as CSE, os domínios SEL e os subtemas que poderiam ser abordados, os adolescentes tiveram oportunidade de participar na escolha do tema a trabalhar na semana seguinte e, caso fosse sentida necessidade de mudança, reunia-se o grupo para perceber qual era o seu emergente. Por ser um contexto de internamento, existiram admissões e altas durante o projeto de intervenção.

O grupo nunca foi totalmente constituído por novos elementos, sendo possível pedir apoio os adolescentes que já integravam a atividade para auxiliarem no processo de explicação do projeto, do

tema a ser abordado. Durante a semana, também existia o cuidado de dialogar com os adolescentes admitidos sobre o projeto, esclarecer dúvidas e apresentar o tema seguinte a ser trabalhado, percebendo a disponibilidade e o interesse.

Numa primeira fase do projeto (quatro primeiras sessões), os adolescentes foram integrados no mesmo grupo, com uma média de participantes entre 10 e 13. Numa segunda fase, foi identificada a necessidade de criação de dois grupos, sendo um dos grupos (Grupo B) constituído por adolescentes com PCA (4-5 elementos). Esta necessidade surgiu essencialmente pela dificuldade na integração no grupo principal: foi constatado que os adolescentes com PCA, devido às diversas etapas do seu projeto terapêutico, não integravam toda a dinâmica. Constatou-se ainda, através do feedback da Equipa de referência e da observação e/ ou avaliação das sessões que os adolescentes com PCA não se sentiam totalmente confortáveis na partilha com todos os membros do grupo. De acordo com Yalom e Leszcz (2007), um dos fatores terapêuticos é a Universalidade, relacionando-se com o facto da pessoa sentir que está “no mesmo barco” (Yalom e Leszcz, 2007, p. 27) que os pares, contrariamente à crença de que apenas uma pessoa poderá ter determinadas dificuldades, pensamentos, impulsos e fantasias. Assim, especialmente na primeira fase de desenvolvimento do grupo, a invalidação dos sentimentos de ser o único a sentir algo específico mostra ser uma fonte de alívio, já que após ouvirem os pares a revelarem preocupações semelhantes às suas, passam a sentir-se mais em contato com o Mundo.

O número de participantes em cada sessão foi referido durante a descrição de cada sessão. Apenas 4 adolescentes participaram durante as 6 sessões. Os restantes adolescentes tiveram alta, foram admitidos durante o decorrer do projeto ou não integraram as sessões por razões secundárias.

2.2 – Contexto de ambulatório

Este ensino clínico foi realizado num Hospital de Dia da Adolescência num Hospital em território continental português.

O Hospital de Dia é uma modalidade de resposta para doentes graves que não responderam às respostas instituídas em ambulatório, em acompanhamento individual, familiar ou em grupo, ou para o período de transição após um internamento pedopsiquiátrico, de forma a permitir uma adaptação mais apoiada no retorno ao contexto familiar e escolar, após a alta hospitalar. Necessita de uma Equipa Multidisciplinar, que permita o desenvolvimento de várias modalidades psicoterapêuticas apresentando, desta forma, uma abordagem com base no Modelo Sistémico. A equipa é constituída por Pedopsiquiatras, Enfermeiro ESMP (e Terapeuta Familiar), Psicóloga, Assistente Social e Terapeuta Ocupacional (e Sociodramatista) que funcionam como uma equipa multidisciplinar. A integração no grupo permite melhorar as competências relacionais, promovendo a capacidade de expressar sentimentos e melhor controlo da impulsividade. São, por norma, referenciados para frequentar o Hospital de Dia durante o tempo equivalente a um ano letivo.

A idade dos adolescentes que frequentam o Hospital de Dia está compreendida entre os 15 e os

21 anos. É realizada uma entrevista inicial ao adolescente e à família, sendo o projeto terapêutico acordado entre a equipa, o adolescente e a família, não esquecendo a comunidade (escola). O contrato terapêutico só é realizado se ambos aceitarem os métodos e intervenções propostas. São realizadas as seguintes intervenções: Intervenção Individual, Intervenção Grupal (Grupos Terapêuticos onde se desenvolvem as questões que vão surgindo ao longo de cada semana), Intervenção Grupal com uso ao Modelo do Psicodrama e Sociodrama de Jacob Levy Moreno, Intervenção de Grupo de Pais.

Neste contexto foi possível desenvolver competências de EE e EEESMP, sendo retratadas nos próximos subcapítulos.

2.3 – Contextualização do local de intervenção

Sendo este Relatório de Estágio sobre o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção, importa então caracterizar o local de intervenção.

O local de estágio escolhido foi um departamento de Pedopsiquiatria em território continental português. A missão de todo o departamento é a prestação de cuidados diferenciados e de excelência à criança e adolescente, assim como o apoio às suas famílias e articulação com a comunidade.

Na Unidade de Internamento existe uma Equipa Multidisciplinar constituída por: ECG, EEESMP, Médicos Pedopsiquiatras, Psicólogos, Psicomotricista, Assistente Social, Nutricionista e Professoras. Quanto à organização dos cuidados de Enfermagem, o método de trabalho é por enfermeiro de referência, sendo que cada criança/adolescente tem atribuídos dois enfermeiros. As equipas de Enfermagem estão organizadas pelo desenvolvimento das atividades terapêuticas de grupo que dinamizam. Estas atividades estão distribuídas diariamente e estão organizadas de acordo com o principal mediador utilizado. Assim, à segunda-feira é desenvolvida atividade terapêutica mediada pelo drama (Expressão Dramática); à terça-feira é desenvolvida atividade terapêutica mediada pela dança e pelo movimento (Dança e Movimento); à quarta-feira é desenvolvida atividade terapêutica mediada pela arte (Terapia pela Arte); à quinta-feira é o dia da atividade terapêutica de Culinária durante o período da manhã e, à tarde, a atividade terapêutica de Psicoeducação; à sexta-feira desenvolve-se a atividade terapêutica mediada pelo cinema (Terapia pelo Cinema) e, à tarde, atividade terapêutica do Balanço da Semana; ao sábado procede-se à promoção do autocuidado e ao domingo desenvolvem-se técnicas de relaxamento.

Estas atividades são parte integrante do processo de intervenção desenvolvido pelos enfermeiros que permitem desenvolver o processo de autorreflexão, autoconsciência e autoconhecimento para que os variados assuntos e situações que levaram ao adoecer mental possam ser desenvolvidos em momentos individuais e em grupo, não incluídos nestas atividades descritas. Assim, para cada criança/ adolescente internado é desenvolvido um projeto terapêutico com inclusão da família e comunidade, sendo validado e discutido diariamente em reunião de equipa multidisciplinar. Os enfermeiros de referência e o médico assistente agem como dinamizadores deste projeto terapêutico, trabalhando com a criança/ adolescente, no seio da equipa multidisciplinar, ao nível individual e no contexto da intervenção em grupo, quer seja

ela estruturada (como as atividades terapêuticas descritas) ou de caráter informal (de gestão do ambiente terapêutico, da presença nas refeições, na sua presença aquando do desenvolvimento de atividades individuais ou de grupo). É ao enfermeiro de referência que cabe o desenvolvimento do processo terapêutico individual e em quem recai a responsabilidade de desenvolvimento de determinados aspetos terapêuticos do internamento que carecem desta relação dual.

Apesar de ser um internamento pediátrico, a família não pode permanecer junto da criança/adolescente durante o internamento, dado as características próprias do internamento e pela necessidade de muitas vezes ser preciso intervir sobre o comportamento dos mesmos e da relação entre criança/adolescente e família. De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde (2017) "O acompanhamento não pode comprometer as condições e requisitos técnicos a que deve obedecer a prestação de cuidados médicos (n.º 2 do artigo 14.º), competindo ao profissional de saúde responsável pela prestação dos cuidados de saúde informar e explicar ao acompanhante os motivos que impeçam a continuidade do acompanhamento." (p.3)

É proporcionada a possibilidade de realização de chamadas telefónicas (quer pela criança/adolescente quer pela família) e de visitas previamente agendadas com a equipa. Estas visitas decorrem em ambiente seguro e gerido pela equipa de Enfermagem, estando o enfermeiro sempre presente e disponível para intervir em caso de solicitação, de necessidade de mediação ou de acordo com a sua avaliação.

Nesta unidade de internamento os principais motivos de internamento dizem respeito especialmente aos comportamentos suicidários, às alterações do comportamento e às alterações da personalidade, às perturbações do comportamento alimentar.

2.4 – Objetivos

Para este projeto de intervenção, foram estabelecidos os seguintes objetivos: intervir com grupo de adolescentes através do mediador expressivo-artístico dramatização; perceber de que forma a inclusão do desenvolvimento de CSE influencia o projeto terapêutico individual; perceber a pertinência de desenvolver CSE em adolescentes com doença mental em contexto de internamento.

2.5 – Caracterização dos participantes

Como critérios de inclusão foram delineados: ser adolescente, com idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos inclusive; estar internado no serviço correspondente ao ensino clínico. Como critérios de exclusão: apresentar um quadro de incapacidade cognitiva que não permita beneficiar ou que impossibilite o Outro de benefício; não ter critérios clínicos para inclusão de atividades terapêuticas (como encontrar-se em situação de crise, existência de alterações do pensamento onde não se evidenciassem benefícios), não ter agendada consulta médica, reunião familiar ou outra atividade de

relevância.

Os participantes deste projeto de intervenção representam os adolescentes internados num Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria em território continental português, com idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos inclusive, que correspondam aos critérios de inclusão e exclusão anteriormente referidos e perante avaliação semanal da Equipa Multidisciplinar, reúnam as condições físicas e mentais para participarem na Atividade Terapêutica.

2.6 – Programa de intervenção

As transições são acompanhadas por várias emoções, muitas das quais relacionadas com as dificuldades encontradas ao longo do processo de transição. Os vários eventos que permeiam a vida das pessoas exigem respostas para que estas possam ultrapassar momentos de instabilidade (alterações na autoestima, mudanças de desempenho de papéis, a ansiedade, a depressão e a insegurança) para alcançar o equilíbrio perdido (Zagonel, 1999).

- **Sessão 1: Apresentação do Projeto de Intervenção**

Nesta sessão, foi abordado o teor do projeto de intervenção: o que são CSE, os domínios de acordo com o Manual para a Promoção de CSE no Meio Escolar e os subtemas a abordar.

A sessão teve como objetivos: apresentar o projeto de intervenção ao grupo; ensinar sobre o significado de CSE; promover a adesão do grupo ao projeto de intervenção; fomentar a relação terapêutica entre a equipa terapêutica e o grupo de adolescentes.

Participaram 13 adolescentes nesta sessão. O planeamento da sessão encontra-se no **Apêndice II**.

No aquecimento geral – “Apresentação”, o grupo reuniu-se em círculo e foi convidado a realizar, durante um minuto, exercícios para reconhecimento do Outro. Depois desse minuto, voltados de costas, eram incentivados a descreverem o máximo de características que se lembravam. No aquecimento específico, foram incentivados a descreverem características positivas da personalidade do Outro com base nas suas impressões.

Na dramatização, foram trabalhadas as características referidas. Após apresentação dos subtemas dos cinco domínios das CSE e dos dez subtemas, foram convidados a pensar sobre a temática CSE, surgindo a ambivalência “ser competente” e o “ser capaz”. Após este momento, individualmente, enumeraram estes temas de acordo com o nível de desenvolvimento – do mais para o menos desenvolvido. Colaram os vários temas num cartaz para que fosse o “logótipo” do projeto de intervenção.

Na partilha pretendeu-se os elementos do grupo partilhassem o que sentiram sobre o tema e sobre os exercícios e que devolvessem ao grupo os sentimentos e emoções vivenciados. O emergente do grupo traduziu-se numa maioria a escolher o tema “Identidade” para ser abordado na semana seguinte.

Nesta sessão, após o aquecimento, os adolescentes adotaram uma postura mais disponível para a sessão e mostraram-se interessados em desenvolver o projeto de intervenção. Na fase da partilha, foram realizadas partilhas e comentários como: *“poucas vezes me sinto capaz e nunca me senti competente”* sic;

“falhar é ser-se incompetente mas a x já me disse que eu parecia competente em muitas coisas” sic;
“eu sei que sou capaz de várias coisas mas, neste momento, são poucas as vezes em que me sinto assim”
sic; “ter competências é ser-se uma pessoa em condições eu quero deixar de pensar que não sou” sic;
“é muito difícil ter competências” sic;

- **Sessão 2: Dramatização: “Identidade”**

Esta sessão teve como objetivos terapêuticos: desenvolver a CSE “Autoconhecimento”; contribuir para a reflexão sobre o conceito de “Identidade”; desenvolver a consciência de ser uma pessoa única; estimular a autoconsciência e autorreflexão, fortalecendo a identidade através do autoconhecimento; vivenciar diferentes papéis identitários consoante os contextos.

Participaram 11 adolescentes nesta sessão. O planeamento da sessão encontra-se no **Apêndice III**.

Durante a partilha, pretendeu-se que os adolescentes partilhassem as experiências vivenciadas nos vários exercícios e na dramatização, o que foi mais fácil e mais difícil, o que torna difícil à construção da Identidade e em que contextos sentem mais dificuldades em assumir a Identidade que estão a construir. O emergente do grupo traduziu-se numa maioria a escolher o tema “Escolhas, Desafios e Perdas” para ser abordado na semana seguinte.

Nesta sessão, o grupo necessitou de explorar a dificuldade de abordar este tema e refletir sobre a enorme vontade que tinham em desenvolvê-lo. Foram abordadas as dificuldades na construção da sua identidade, relacionando os contextos e os grupos como maiores obstáculos. Destacou-se a importância do desempenho dos vários papéis que cada um desempenha na sociedade e a dificuldade em fazê-lo. Foi referido que *“My identity at school and at home is so different because I need to pretend to be a happy person and full of friends in school and, at home, I want stay alone because I feel super sad”* (sic), , *“não sei se devo dizer isto mas acho que sou mais masculino ou masculine... tenho vergonha de dizer isto”* (sic), *“Se tivesse de falar sobre identidade falava do Eu. Cada um tem um Eu e ninguém devia julgar”* (sic), *“Não tenho medo de ser julgada nem de mostrar quem sou em quase todos os sítios. Onde tenho mais medo é na minha casa porque a minha mãe me julga muito.”* (sic).

- **Sessão 3: Dramatização “Escolhas, Desafios e Perdas”**

Esta sessão teve como objetivos terapêuticos: desenvolver a CSE “Relação Interpessoal”; Ensinar que o “crescer” implica ganhos e perdas; identificar o valor relativo do triunfo e da conquista e relacioná-lo com o valor do esforço; capacitar para a decisão e para a tolerância face aos dilemas que vão surgindo durante a adolescência; favorecer a reflexão sobre as implicações das escolhas, desafios e perdas.

Participaram 10 adolescentes nesta sessão. O planeamento da sessão encontra-se no **Apêndice IV**.

Na partilha, pretendeu-se que os adolescentes partilhassem as experiências vivenciadas durante a sessão, nomeadamente, sobre a dificuldade em gerir as emoções e os sentimentos que advém deste processo de crescimento onde se consciencializam da necessidade de escolher, de aceitar e

enfrentar desafios, de lidar com as perdas; de que forma seria possível reagir nas situações; a possibilidade de controlar cada um dos conceitos e a importância de conceitos como resiliência e autocontrole. O emergente do grupo traduziu-se numa maioria a escolher o tema “Violência” para ser abordado na semana seguinte.

Nesta sessão, o grupo mostrou-se bastante ambivalente quanto às propostas por sentirem que não faria sentido desorganizar aquilo que sentiam ter uma ordem adquirida. O desenvolvimento da sessão centrou-se nesta ideia adquirida de que seria constante a sequência dos acontecimentos e a frustração de lidar com essa ideia era causadora de vários obstáculos. *Referiram que “As perdas dão estabilidade mental para escolher e lidar com os problemas e, no fim, lutar contra ele.”* (sic); *“Um exemplo, primeiro temos uma escolha de cuidar ou não do nosso tio doente, e aceitamos, segundo temos um desafio de cuidar dele o melhor possível, terceiro temos uma perda mesmo depois de termos cuidado dele”* (sic); *“as escolhas são quase sempre impulsivas, as perdas são inevitáveis e os desafios são consequências”* (sic), *“seria tudo mais fácil se tivesse uma ordem exata porque tenho medo de errar”* (sic); *“temos de fazer escolhas que levam a reações que levam novamente a escolhas. As perdas vêm com as nossas reações”* (sic); *“era tudo mais fácil se existisse sempre uma ordem para as coisas acontecerem”*; *“escolher é um grande desafio que pode também ser consequência das perdas”* (sic).

- **Sessão 4: Dramatização “Violência”**

Esta sessão teve como objetivos terapêuticos: desenvolver a CSE “Consciência Social”; tomar consciência sobre comportamentos de violência dirigida ao Outro; tomar consciência sobre comportamentos de violência dirigida ao próprio; permitir a reflexão de estratégias para lidar com a raiva, a tristeza e a frustração; promover a experimentação de vários papéis de “agressor”, “vítima” e de papéis de interesse.

Participaram 10 adolescentes nesta sessão. O planeamento da sessão encontra-se no **Apêndice V**.

Na partilha: os adolescentes mostraram-se tensos ao longo de toda a sessão. Foi possível relaxar nos exercícios de aquecimento mas, após se iniciar o tema, a maioria do grupo sentiu-se ansioso e com dificuldade em pensar sobre o assunto. A equipa terapêutica teve necessidade de interromper a sessão e criar um momento de contenção. Todos se deitaram, todos se foram aproximando e acabaram a dar um abraço em grupo. Por unanimidade, o grupo pediu para realizar a dramatização, onde acabou a surgir apenas um protagonista e foi encenada uma dramatização sobre o caso específico de CAL em contexto de tristeza e frustração. Todo o grupo participou e acolheu o adolescente protagonista. O emergente do grupo traduziu-se numa maioria a escolher o tema “Emoções” para ser abordado na semana seguinte.

A sessão previamente planeada teve de ser novamente estruturada, conforme as necessidades mais relevantes do grupo e consoante o benefício terapêutico daquele momento. Os adolescentes partilharam reflexões importantes para serem trabalhadas em contexto individual com a equipa de referência: *“I know I’m violent when I cut or scratch myself”* (sic); *“A violência pode ser aplicada de muitas formas. Por exemplo, uma vez eu olhei-me no espelho e comecei a chamar-me nomes; que era feia, gorda. Foi uma*

atitude violenta para comigo mesma e fiquei a sentir-me mal. Ninguém merece tratar-se desta forma” (sic); “quando algo não dava certo, era violenta comigo mesma de diversas maneiras”(sic); “só sou violenta com os outros para proteger aqueles que estão ao meu alcance...sinto muita pressão cá dentro” (sic); “exerço violência psicológica comigo própria porque não gosto do meu corpo” (sic); “critico-me muito e culpo-me; por mais que tente não consigo gostar de mim” (sic); “cortar-me quando me sentia triste ou ansiosa ou então quando batia muito ou quando chamava nomes a alguém, quando me sentia zangada” (sic); “bato-me, corto-me, rebaixo-me para esquecer os problemas” (sic); “costumam bater-me, chamarem-me nomes... ninguém me dá atenção” (sic)

• **Sessão 5: Dramatização “Emoções”**

Esta sessão teve como objetivos terapêuticos: desenvolver a CSE “Autogestão”; identificar as emoções que promovem comportamentos positivos e menos positivos; permitir a experimentação de várias emoções de forma consciente; incentivar à expressão de emoções de forma adequada; favorecer a consciência de si no “aqui e agora” e das diferentes etapas do seu projeto terapêutico.

A partir desta sessão, o grupo foi dividido: Grupo A e Grupo B (adolescentes com PCA), de forma a atender as necessidades encontradas pela equipa e expressas pelos adolescentes, indo de encontro aos fatores terapêuticos de Yalom (2007)

Participaram, nesta sessão, 7 adolescentes no Grupo A e 5 adolescentes no Grupo B. O planeamento da sessão encontra-se no **Apêndice VI (Grupo A e Grupo B)**.

Na partilha:

- **Grupo A:** os adolescentes aderiram à sessão com bastante interesse, com vontade de experimentar as várias emoções, de forma positiva e negativa. Foi possível, na partilha, relacionar a dificuldade na gestão das emoções com várias situações difíceis dos adolescentes. Durante a dramatização, sentiram a necessidade de saírem da sua estátua para se observarem fora do palco. A maioria dos adolescentes tinha uma perceção diferente daquilo que pensavam estar a demonstrar. Através da linguagem corporal foi possível perceberem que, quando demonstram emoções, não o demonstram de forma perceptível. Um dos adolescentes, durante a execução da estátua onde pretendia demonstrar alegria, foi confrontado com a perceção do grupo como raiva. Quando teve oportunidade de visualizar a estátua (o lugar do adolescente tinha sido tomado por um técnico que representava exatamente o mesmo), ficou incrédulo.

- **Grupo B:** a necessidade de criação de um novo grupo de adolescentes com PCA mudou a dinâmica da sessão. Destacou-se uma sessão mais contida em termos de movimento mas mais complexa em termos de comunicação. A disponibilidade para os exercícios do aquecimento foi menor enquanto que os momentos propícios à reflexão eram mais dinâmicos. A dinâmica de grupo levou a uma sessão onde o mediador da escrita teve melhor adesão, tendo os adolescentes deste grupo descrito memórias onde nitidamente sentiram as emoções em questão, sendo possível trabalhar essas situações em grupo através da partilha de experiências e estratégias.

Em ambos os grupos, o emergente traduziu-se numa maioria a escolher o tema “Comunicação” para ser abordado na semana seguinte.

Foram partilhados pelos adolescentes os seguintes comentários: *“tive medo quando reparei no que esta doença me levou e no mal que eu me estava a fazer a mim própria”* (sic); *“Quero ficar bem, tenho mais para oferecer; este não é o futuro que eu quero ter”* (sic); *“temos que dar a sentir ao nosso corpo por mais desconfortável que seja”* (sic); *“de manhã sinto emoções positivas e quando escurece sinto-me mais triste e pensativa”* (sic); *“neste momento tenho-me sentido muito assutada com todas estas mudanças e medo principalmente da comida e das suas consequências, é algo que detesto sentir e deixa-me mal psicologicamente”* (sic); *“adorei sentir-me feliz na infância, já pouco me lembro da sensação”*(sic), *“apesar de não saber qual é a alegria que é verdadeira em mim, estou feliz agora por ter tido coragem e espaço para revelar tudo isto”* (sic).

• **Sessão 6: Dramatização “Comunicação”**

Esta sessão teve como objetivos terapêuticos: desenvolver a CSE “Autoconhecimento”; favorecer a tomada de consciência acerca dos vários tipos de comunicação; estimular o uso de uma comunicação eficaz; contribuir para o desenvolvimento de estratégias para melhoria da comunicação consigo e com o Outro; proporcionar vivência de vários papéis nos conflitos relacionados com a comunicação; permitir à autorreflexão sobre as duas dificuldades para serem trabalhadas com a equipa de referência.

Participaram, nesta sessão, 7 adolescentes no Grupo A e 4 adolescentes no Grupo B.

O planeamento da sessão encontra-se no **Apêndice VII (Grupo A e Grupo B)**.

Na partilha:

- **Grupo A:** o grupo mostrou-se entusiasmado ao longo da sessão, com várias interações positivas e interessados em ajudar os pares na aquisição de insights sobre as dinâmicas próprias. Ao longo do aquecimento específico, os adolescentes apresentaram várias situações de comunicação consigo mesmo e com os Outros onde se sentiam ambivalentes. A dada altura, o grupo, espontaneamente, centrou-se numa das adolescentes que representava a falta de estratégias para comunicar consigo (exemplo de responder à ansiedade com CAL) e de comunicar com o Outro (exemplo de gritar com a mãe quando esta se preocupava com ela). Esta adolescente tornou-se protagonista no grupo, com total suporte. No final, o grupo quis abraçar a adolescente e transmitir reforços positivos.

- **Grupo B:** inicialmente, todos os elementos do grupo com postura tensa. A sessão teve de ser adequada ao sentir do grupo pelos técnicos. Foi trabalhada a tensão como forma de comunicação com o próprio e com o Outro. Grande dificuldade em expressar sentimentos sobre a comunicação que exercem com a sua doença. Decorre dinamização centrada na comunicação com o próprio, onde se trabalha temas como a manipulação e os pensamentos positivos e/ ou negativos que estão associados à doença. São desempenhados papéis de Diabo e de Anjo, onde durante a dramatização, as jovens conseguem expressar zanga contra o papel do Diabo. Conseguem gritar, conseguem dizer não. Todas as jovens se unem para afastar o terapeuta a desempenhar o papel do Diabo.

Em ambos os grupos, a sessão trabalhou várias questões associadas à comunicação e às estratégias para comunicar eficazmente. Levaram várias reflexões para partilhar com a equipa de referência. Alguns dos comentários partilhados pelos adolescentes foram; *“com a doença, tenho tendência a afastar-me*

dos outros e a não querer falar com ninguém” (sic); “antes podia ser um pouco agressiva a falar com os outros porque não me apetecia, agora já não” (sic); “enfermeiro, soube tão bem falar sobre isto... hoje percebi que não comunico bem” (sic), “fiquei a pensar que gastei a minha energia toda a comunicar com a minha doença que é mesmo muito doentia e faz-me ser má para toda a gente” (sic)

2.7 – Avaliação e limitações do projeto

Considera-se que todas as etapas percorridas ao longo deste projeto forneceram dados importantes para que se possam implementar projetos consistentes como contributo para o desenvolvimento de CSE com adolescentes internados em sofrimento mental.

Quanto à finalidade deste projeto de intervenção que se prendia com a pertinência do desenvolvimento de CSE em grupo de adolescentes com doença mental através do mediador artístico dramatização, considera-se que este projeto concretizou este desafio na medida em que foi aplicado durante 6 semanas, tendo um feedback positivo dos adolescentes e dos profissionais de saúde, proporcionando vários momentos de reflexão em contexto de grupo e em contexto individual. Os temas abordados no projeto foram, posteriormente, trabalhos em contexto individual com as equipas de referências, de forma a identificar fatores de risco que levaram ao adoecer mental do adolescente.

No que respeita a situações particulares, faz-se uma reflexão acerca de cada uma, e em que medida foi gerida:

1. Dinamizar grupos com o mediador artístico dramatização: inicialmente foi desenvolvido um grupo aberto à segunda-feira, durante o período da manhã. Este mecanismo de funcionamento foi sentido como adequado até à quarta sessão, onde existiu a necessidade de criação de dois grupos distintos devido às particularidades dos adolescentes internados e à necessidade de uma abordagem mais direcionada aos projetos terapêuticos individuais. Assim, as duas últimas sessões foram dinamizadas com dois grupos: um grupo de adolescentes no período da manhã e um grupo de adolescentes com PCA, no período da tarde. Dadas as características específicas deste grupo de adolescentes, foi necessário adaptar o planeamento das sessões para que fosse dada uma resposta mais adequada às necessidades específicas sentidas pelo próprio grupo e pelos profissionais envolvidos. Foi sentida uma melhoria a nível da disponibilidade por parte dos adolescentes, com sessões mais focadas para o projeto terapêutico dos mesmos e com partilhas mais aprofundadas. Esta decisão de criação de um novo grupo teve por base os princípios terapêuticos de Yalom (2007), já descritos anteriormente, em que se destacam a universalidade, o comportamento imitativo, a coesão grupal e os fatores existenciais.
2. Adequar as sessões aos grupos-alvo – as sessões, apesar de planeadas, foram sempre alteradas de acordo com o sentir do grupo, da equipa e de acordo com as necessidades do momento. Sendo um grupo em constante mudança, a importância deste ajuste revelou-se essencial.
3. Comunicação entre a equipa multidisciplinar: foi sempre promovida a transmissão de informação dentro da equipa de Enfermagem e com a restante equipa multidisciplinar através

das reuniões, das notas de Enfermagem e da articulação com os profissionais de referência sempre que possível e/ou necessário.

4. Implementar um possível programa de intervenção: este objetivo não foi cumprido na sua totalidade pelo facto do grupo ser aberto e não terem sido aplicadas todas as 10 sessões correspondentes aos subtemas que retratariam os cinco grandes domínios abordados das CSE. Dada a importância da aplicação de um possível projeto de intervenção neste sentido, foi importante avaliar a adesão e o efeito positivo nos projetos terapêuticos individuais de cada adolescente.

Relativamente às limitações,

1. Apenas 4 adolescentes participaram em todas as sessões do projeto de intervenção. Sendo um grupo terapêutico aberto, vários adolescentes tiveram alta e vários outros iniciaram o projeto nas suas várias fases, sendo realizada uma breve reflexão do projeto de intervenção através dos feedbacks dos adolescentes e dos profissionais de saúde que realizaram intervenções individuais com cada adolescente.
2. A limitação de tempo em que decorreu, tendo este sido insuficiente para o trabalho que seria necessário fazer face aos constrangimentos encontrados;
3. Foi salientado pelos adolescentes a necessidade de trabalhar com maior profundidade alguns dos temas abordados em contexto de grupo. Vários adolescentes sentiam a necessidade de continuar a experimentação de papéis relacionados com as dramatizações vividas;
4. A impossibilidade de intervir diretamente com a família. Sugerimos que este projeto de intervenção possa despertar o interesse de outros enfermeiros para uma reflexão sobre outras estratégias de intervenção que privilegiem a presença dos adolescentes, família e, eventualmente, com a comunidade como forma de dar resposta a uma intervenção terapêutica verdadeiramente holística.

PARTE 3 – ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Se os capítulos anteriores foram dedicados ao desenvolvimento da proposta de intervenção realizada para o desenvolvimento de competências de EEESMP, neste capítulo é essencial realizar uma reflexão sobre a aquisição destas competências, como foram desenvolvidas ao longo deste percurso e onde se inserem na profissão de Enfermagem.

A profissão de Enfermagem tem um largo espectro de intervenção, dentro das várias fases de desenvolvimento humano e nos vários conteúdos de saúde-doença. De acordo com o REPE (2015), a profissão referida:

“... tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (p.99)

As competências de EE corresponde a um aprofundamento das competências de Enfermeiro/a de Cuidados Gerais, sendo aprimoradas competências gerais e desenvolvidas competências específicas. De acordo com a OE (2019), Enfermeiro Especialista “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados nas áreas de especialidade em Enfermagem...” (p.4744). É sobre esta aquisição de competências que este capítulo se irá desenvolver, apresentando não só o que foi feito, mas justificando a pertinência da realização e de que forma se obtiveram possíveis resultados.

Ao longo deste processo, a integração na prestação de cuidados de enfermagem foi realizada através do desenvolvimento da comunicação, da relação terapêutica com as crianças e adolescentes e, ainda, através da dinamização de atividades terapêuticas de grupo com recurso ao mediador dramatização. Desta forma muitas das aprendizagens aqui descritas farão referência a estes contextos específicos de cuidados.

Além disto, e porque este relatório também pretende dar resposta ao grau de Mestre, também é necessário que se proceda aqui ao exercício reflexivo sobre a aquisição das competências de Mestre.

3.1 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Independentemente da área de Especialidade, existe um conjunto de competências comuns a todos os EE que auxiliam na homogeneização da prestação de cuidados. Com base no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento nº140/2019, pretende-se refletir sobre os quatro domínios.

No que se refere ao Domínio A, primeiro domínio de competências, são desenvolvidas as questões da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal. A primeira competência, A1, refere que o EE “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” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4745), tendo em conta o processo de tomada de decisão baseado na prática e preferências da pessoa.

Foi possível integrar o processo de tomada de decisão em ambos os campos de estágio. No campo de estágio de Ambulatório, o desenvolvimento da relação terapêutica com o grupo de adolescentes possibilitou a integração nos cuidados a prestar aos mesmos, sendo possível integrar também a reunião multidisciplinar semanal onde os casos eram discutidos e as intervenções planeadas de encontro ao projeto terapêutico individual. No campo de estágio de Internamento, os cuidados de enfermagem desenvolveram-se de acordo com a metodologia de Enfermeiro de Referência, existindo a possibilidade de refletir com a equipa de Enfermagem sobre as intervenções realizadas e que fariam sentido serem ainda realizadas em benefício de cada criança e adolescente. Estas reflexões que foram sendo realizadas ao longo dos estágios possibilitou a construção de uma intervenção diferenciada e centrada, realizada pelos vários profissionais de saúde envolvidos. Assim, foi possível participar nas tomadas de decisão na prestação de cuidados, tendo em conta o papel de estudante e o que isso representa.

Neste desenvolvimento de competências, foi sempre procurado suportar as sugestões de intervenção com evidência científica e de acordo com as questões éticas e legais. Aquando, em reflexão, da sugestão de intervenções com base nas necessidades individuais da pessoa, foram sugeridas a partir de fundamentação teórica, dos conhecimentos construídos ao longo da prática profissional e sempre validados com os enfermeiros orientadores. As tomadas de decisão foram sempre encaradas com um enorme sentido de responsabilidade e uma necessidade de reflexão de carácter individual e conjunta para que fossem integradas de acordo com o projeto terapêutico. Através da experiência pessoal desenvolvida ao longo destes últimos quatro anos, tem sido uma aprendizagem constante desenvolver processos de reflexão sobre as questões éticas e legais, sendo que as tomadas de decisão responsáveis passam por refletir sobre as intervenções realizadas, procurar diferenciar os conhecimentos e cuidados através da procura de evidência que suporte uma prestação de cuidados cada vez mais baseada em evidência e, logo, com maior possibilidade de sucesso.

A segunda competência, A2, refere que o EE “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4745). Durante o percurso profissional na profissão de Enfermagem, o cuidado em assegurar os Direitos Humanos de acordo com a Lei n.º 156/2015 que aborda o Código Deontológico tem sido constante. De acordo com este último, o direito à igualdade; à liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; à verdade e à justiça; ao altruísmo e à solidariedade; e à competência e ao aperfeiçoamento profissional. Entre outras intervenções, foi procurado assegurar sempre a igualdade no acesso ao cuidado, promover a liberdade de escolha sem esquecer o bem comum, agindo com verdade e com competência, mobilizando recursos pessoais em conjunto com os recursos existentes, tendo um objetivo e refletindo sobre esse processo. Dando agora particular atenção às atividades desenvolvidas, uma das intervenções a realizar é a gestão do ambiente físico, proporcionando um ambiente contentor, terapêutico, securizante. Por várias ocasiões, surgiu a necessidade de intervir na

vulnerabilidade e na exposição pessoal dos adolescentes em contexto de grupo. A partilha necessita de ser mediada pelos profissionais de saúde visto que as crianças e os adolescentes, com todas as particularidades associadas ao processo de desenvolvimento em questão centradas na construção da identidade, tornam-se vulneráveis na expressão de emoções e sentimentos. Perante estas situações, foi apreendido que há necessidade em supervisionar, ensinar e refletir com os adolescentes sobre a exposição, a vulnerabilidade assim como os contextos e a forma como expressar estas suas emoções e sentimentos sem lesar a sua privacidade e sem potenciar a sua vulnerabilidade, protegendo assim os seus direitos. Procurar estratégias com o adolescente para lidar com a sensibilidade é promover a construção da sua identidade e é agir no sentido de proteger a dignidade humana. Saber quando intervir nestas situações, bem como em situações onde haja postura desafiadora em contexto de exposição pessoal em grupo, poderá ser benéfico dar a possibilidade de, na privacidade de um momento individual, expressar, sentir e, eventualmente, dar significado à situação que quer partilhar em grupo mas na segurança de um momento individual.

Quanto ao Domínio B, diz respeito à melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A primeira competência, B1, faz referência à importância do EE “garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4747). A referenciar dois momentos específicos em que foi possível desenvolver esta competência: no desenvolvimento da atividade terapêutica grupal de Expressão Dramática e a presença nos momentos das refeições. Através da planificação, em parceria com a Equipa, da atividade terapêutica, existiu a oportunidade de participar na melhoria contínua dos cuidados prestados, estruturando e planeando sessões, sendo previamente definida a intencionalidade terapêutica mediante as necessidades do grupo e implementado estas sessões com objetivos terapêuticos específicos. Perante a apreciação dos adolescentes e a avaliação da sessão com o Enfermeiro Orientador, as sessões seguintes seriam melhoradas. Para tal, como descrito, em momento de reflexão, foi considerada a hipótese de dividir o grupo em dois para potencializar o efeito terapêutico. Cerca de metade do grupo era constituído por adolescentes com PCA com necessidades de intervenção específica detetada por mim, pelo orientador e pela Equipa. De forma a melhorar os cuidados, foi realizada a proposta de realização de duas atividades terapêuticas de Expressão Dramática – uma durante o período de manhã com o grupo geral e outra durante o período da tarde com os adolescentes com PCA - ao invés de uma durante a manhã com todo o grupo. Esta proposta foi sustentada com evidência e centrada na melhoria dos cuidados prestados com benefício terapêutico para todos os adolescentes, já que as dinâmicas realizadas com o grupo completo tinham de ser fundamentalmente adaptadas às limitações, condicionando o movimento, a espontaneidade. Para além disso, o funcionamento mais neurótico dos adolescentes com PCA destacava a necessidade de uma intervenção mais focada e direcionada para o processo de saúde-doença, envolvendo as CSE. Também, sobre estes adolescentes, os momentos de refeição e de repouso são momentos stressores de grande angústia e ansiedade que causam tensão. A necessidade do EE estar presente e supervisionar estes momentos representa uma intervenção relevante para a melhoria contínua dos cuidados. A presença representa a possibilidade de criação de um momento terapêutico sobre o momento e a sua importância no projeto terapêutico, dando significado e reforçando

positivamente as conquistas que possam vir a acontecer.

O Domínio C diz respeito à gestão de cuidados. A primeira competência, C1, faz referência à importância do EE quando “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4748).

O planeamento das atividades terapêuticas de Expressão Dramática com o objetivo de desenvolver CSE contribuiu para o desenvolvimento desta competência. A necessidade de planeamento prévio do tema a desenvolver, do mediador e atividade a utilizar e da sua adequação à população alvo auxiliar o EE a tomar decisões terapêuticas e a organizar os cuidados prestados para que a intervenção possa contribuir para o processo de transição de saúde-doença de cada adolescente, de acordo com a prévia articulação com a equipa multidisciplinar. Ao longo deste planeamento (previamente realizado mas alterado e adequado às necessidades do grupo), foi procurada evidência que sustentasse a utilização de mediadores expressivos na adolescência para a promoção de CSE. Através da Teoria das Transições de Afaf Meleis, foi possível evidenciar que o adolescente, enquanto experiencia vários processos de transição, torna-se um indivíduo vulnerável (Meleis, 2010). O internamento, nesta fase assume particular dimensão devido à vulnerabilidade que acompanha esta fase do desenvolvimento humano, o que perturba o processo de resolução da mesma.

A unidade de competência C1.1.2, referente à colaboração nas decisões da equipa de saúde, também foi especialmente trabalhada ao longo deste percurso. Tal como foi refletido num dos jornais de aprendizagem realizado, foi possível vivenciar uma experiência baseada numa exímia comunicação interdisciplinar entre os diferentes profissionais de saúde envolvidos, que transmitiu confiança perante o traçar e o alcance dos objetivos comuns que são preconizados consoante o projeto terapêutico de cada adolescente. Através de um longo processo de reflexão e de partilha com os vários elementos da equipa multidisciplinar foi apreendida a importância de uma adequada comunicação interdisciplinar, através de uma postura de abertura e confiança. Para tal, foi reconhecida a necessidade da valorização do papel, das competências e autonomia das várias classes profissionais de forma a otimizar os conhecimentos e experiências pessoais/profissionais de cada um e, ainda, que haja confiança no sentido de responsabilidade e integridade de todos os elementos. Desta forma, comunicar numa equipa multidisciplinar pressupõe que os diferentes profissionais estejam empenhados em atingir os objetivos comuns, alheios aos seus interesses pessoais, definidos para cada adolescente e respetiva família, reconhecendo ainda a sua interdependência para que isso possa acontecer e o seu potencial de ação ao agir/ interagir desta forma. Com a perceção e possibilidade de integração de um ambiente de partilha e de complementaridade, foi também possível observar o desenvolvimento de um projeto terapêutico consistente e validado pelos vários profissionais inseridos numa equipa, sem que hajam clivagens e intervenções fora do âmbito terapêutico. Foi através destes momentos de reflexão interdisciplinar que esta competência foi sendo desenvolvida.

Pela procura em promover um ambiente seguro junto da equipa, através de uma atitude proactiva e disponível, foi facilitado o processo de integração nas decisões e, por vezes, dada a oportunidade de liderar intervenções terapêuticas e outras situações de prestação de cuidados.

O Domínio D diz respeito ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A primeira

competência, D1, faz referência à importância do EE desenvolver “o autoconhecimento e a assertividade.” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4749).

Se o enfermeiro é o seu principal instrumento na intervenção terapêutica, conhecer-se a si próprio, conhecer as suas competências, os seus limites e o seu papel na equipa é fundamental para que se possa assistir a pessoa e a família ao longo do seu ciclo de vida na otimização da sua saúde mental, para que possa ajudar a pessoa a recuperar a sua saúde mental e para que possa prestar cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, socioeducacionais e psicoeducacionais à pessoa e à família.

Esta última frase foi retirada de um dos jornais de aprendizagem realizados, após vários momentos de reflexão com o Professor Orientador e os Enfermeiros Orientadores. Durante o desenvolvimento das várias intervenções nos ensinamentos clínicos, prévia e posteriormente era promovido um momento em que se refletia sobre os momentos de intervenção, as dificuldades, os pontos positivos e os pontos a melhorar. Estes momentos vão de encontro com os critérios de avaliação D1.1.1 da unidade de competência D1.1, onde refere que o EE é competente quando “Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar.” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4749). A experiência profissional e pessoal, os momentos de reflexão com as várias equipas multidisciplinares e as unidades curriculares de Relação Terapêutica e Aconselhamento em ESMP e de Desenvolvimento Pessoal e Profissional, entre outras, foram essenciais para promover o desenvolvimento da capacidade de análise reflexiva e tomada de consciência sobre mim como pessoa e prestador de cuidados, auxiliando no reconhecimento dos meus recursos e limites pessoais e na autoconsciencialização sobre o que me pertence e o que pertence ao outro, identificando os momentos em que a relação foi contaminada neste sentido.

Sobre a segunda competência, D2, que tem como descritivo “O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4749). Para o desenvolvimento desta competência, foi importante basear toda a prática na evidência que foi sendo desenvolvida não só ao longo da vida profissional, mas especialmente ao longo destes últimos dois anos de formação. A adolescência foi uma área de estudo particularmente trabalhada, não só a nível profissional mas também em contexto académico, de forma a aprofundar os conhecimentos ligados a esta fase de desenvolvimento. Foi importante relembrar e aprofundar os conhecimentos e a evidência ligada aos processos biológicos, psicológico e sociais que os adolescentes, individualmente, vivenciam nas transições a que estão sujeitos. Com este percurso tornou-se mais fácil compreender o papel das vivências subjacentes ao processo de doença do adolescente. Ainda, toda a intervenção terapêutica desenvolvida pretendeu ser baseada em evidência. Quer se olhe para os processos de relação terapêutica que foram estabelecidos, quer para o planeamento das atividades terapêuticas de grupo, quer para os momentos de intervenção terapêutica mais informais, procurou-se tomar decisões baseadas em evidência.

3.2 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

De acordo com o Regulamento nº515/2018 (2018), “... a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se 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.” (p.21427)

A partir da primeira competência, F1, que postula que o EEESMP “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Regulamento nº515/2018, 2018, p.21428), foi apreendido desde o início que seria a competência mais trabalhada e a mais difícil de desenvolver. As experiências pessoais e profissionais na área foram cruciais para que fosse adquirida. Em contexto laboral, foi-me sempre incentivada a reflexão sobre mim e sobre o Outro através de momentos de intervenção, supervisão ou na partilha de experiências em contexto menos formal. Até ter a capacidade de perceber o meu próprio funcionamento pessoal e as suas repercussões na relação terapêutica, foi um caminho longo e auxiliado por vários instrumentos. Pensar sobre nós e sobre as nossas intervenções é um trabalho complexo que torna todo o processo mais enriquecedor e centrado na pessoa.

Apesar de ser um caminho já iniciado antes desta nova caminhada, permaneceu a necessidade de continuar a caminhar e essa necessidade ainda se mantém presente. Se esta necessidade em chegar ao final do caminho estava fortemente presente, agora entendo que irá existir sempre esta necessidade de continuar a procurar desenvolver-me para que o meu papel como EEESMP seja desempenhado com maior segurança e facilitador do processo terapêutico. Se o enfermeiro é o seu principal instrumento na intervenção terapêutica, conhecer-se a si próprio, conhecer as suas competências, os seus limites e o seu papel na equipa é fundamental para que se possa assistir a pessoa e a família ao longo do seu ciclo de vida na otimização da sua saúde mental, para que possa ajudar a pessoa a recuperar a sua saúde mental e para que possa prestar cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, socioeducacionais e psicoeducacionais à pessoa e à família.

A importância deste processo de autoconhecimento e introspeção está amplamente descrito na literatura e na evidência produzida sobre o desenvolvimento de competências de EEESMP. Lopes (2018) afirma que a utilização da relação como instrumento terapêutico implica que o EEESMP tenha uma elevada consciência de si e um investimento considerável no seu desenvolvimento pessoal e profissional. Este investimento traduz-se numa prática reflexiva de Enfermagem que poderá ser associada ao desenvolvimento da capacidade de autoconsciência. Numa reflexão sobre as aprendizagens que Rogers (2001) fez ao longo da vida e que contribuíram para a sua ação como terapeuta, descobriu que se tornou mais eficaz quando se disponibilizou para se ouvir a si mesmo e para se aceitar, quando desenvolveu a sua autenticidade.

Relativamente ao critério 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” (Regulamento nº515/2018, 2018, p.21428), foi desenvolvido desde o início deste percurso de aprendizagem e fator de inúmeros momentos de autorreflexão. Durante a componente teórica, várias situações vivenciadas em contexto profissional foram levadas como exemplo e analisadas de acordo com a evidência e, posteriormente, do ponto de vista pessoal. Para ser estabelecida uma relação terapêutica, há necessidade de criar previamente uma relação de confiança baseada na comunicação, na escuta ativa, na empatia. Em vários momentos, senti-me frustrado e/ou zangado por não conseguir fazê-lo, prejudicando toda a possível intervenção e os ganhos positivos que poderiam advir da mesma. A enorme vontade em querer resolver os problemas do Outro ou a necessidade de terminar o dia com a sensação de “ter salvado alguém” bloqueou várias possíveis intervenções terapêuticas. Durante os períodos de Ensino Clínico, tive a necessidade de trabalhar as minhas expectativas e de colocar o Outro em primeiro plano. Sendo um instrumento da intervenção terapêutica, o meu objetivo não seria de autorrealização, mas de mediador para o Outro. Fui incentivado a identificar as minhas qualidades e as minhas dificuldades de forma a estruturar-me como EEESMP, destacando as qualidades e trabalhando as dificuldades. Neste sentido, Chalifour (2008) refere que “É na expressão consciente das suas qualidades pessoais e profissionais que se situa a base de todas as suas intervenções. Em diversas situações de ajuda serão as suas qualidades humanas que se constituirão como os principais utensílios” (p.9).

Pensando numa situação em particular que reflete o desenvolvimento deste critério de avaliação: lidar com adolescentes com PCA através da intervenção terapêutica individual e através da atividade terapêutica “Expressão Dramática” onde foi realizado um segundo grupo terapêutico, como já referido, cujo objetivo seria trabalhar as CSE em relação com a PCA. Para além de ter sentido uma maior eficácia e funcionalidade com a criação deste grupo terapêutico, foi também adotada esta estratégia por se notar uma dificuldade aquando das sessões e por ser uma patologia com que eu sentia insegurança ou incapacidade para intervir. Sentia que existia uma grande dificuldade em estabelecer uma relação terapêutica durante as interações e intervenções com as adolescentes por não conseguir colocar-me no papel das mesmas, boicotando a escuta ativa e criando momentos de grande constrangimento. Esta sensação de desconforto foi trabalhada e desmistificada após um grande processo de autorreflexão que me fez perceber que as minhas estratégias de estabelecer relação não se adequavam neste contexto específico e que, para estabelecer relação, necessitava de sair da minha zona de conforto, levando-me a experienciar uma postura de evitamento perante as mesmas. Após a tomada de consciência das minhas dificuldades, fui possível pensar com maior clareza sobre a questão e, posteriormente, tornou-se possível desenvolver intervenções individuais e de grupo com as adolescentes com PCA. A necessidade de ultrapassar esta resistência também vai de encontro ao critério de avaliação F1.1.2 “Gere os fenómenos de transferência e contra- transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica” (Regulamento nº515/2018, 2018, p.21428). Também a intervenção terapêutica com uma adolescente em contexto de estágio com quem já tinha realizado várias intervenções em contexto profissional contribuiu para iniciar o processo de aquisição desta competência. Existia, da minha parte, uma atitude em relação a esta adolescente e, com a integração da mesma no grupo terapêutico do primeiro campo de estágio, automaticamente senti uma enorme resistência em aceitar. Esta resistência foi logo trabalhada com o

Enfermeiro Orientador e com a equipa multidisciplinar.

Este processo de introspeção sobre o meu papel como futuro EEESMP fez-me procurar centrar neste meu papel e encontrar estratégias para lidar com a incompatibilidade sentida. Foi-me possível concluir que estava na presença de fenómenos de contratransferência que foram fruto da relação criada entre mim e a adolescente, provocando mal-estar na relação. Todos os momentos de intervenção com a adolescente foram alvo de reflexão, onde fui identificando os fatores desencadeantes de conflitualidade e estratégias para lidar e ultrapassar os mesmos. Foi possível perceber que o contato hiperfamiliar da adolescente, o discurso irónico e provocador e a minha sensação de impotência na relação terapêutica contribuíram para o desenvolvimento de contra atitude. Sendo também características da minha personalidade, deixavam-me com dificuldades em gerir a intervenção e a pensar com clareza, exteriorizando o meu mal-estar através da minha resposta comportamental, nomeadamente, uma agressividade latente no discurso e expressões faciais que boicotavam o processo terapêutico. Neste sentido, os critérios de avaliação F1.1.3 “Mantêm o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico” (Regulamento nº515/2018, 2018, p.21428) e 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” (Regulamento nº515/2018, 2018, p.21428) também foram desenvolvidos através de momentos de aprendizagem como os referidos anteriormente.

A segunda competência, F2, postula que o EEESMP “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.” (Regulamento nº515/2018, 2018, p.21428). Perante as unidades de competências F2.1 e F2.2, onde é referido, respetivamente, que o EEESMP “Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente” e “Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família” (Regulamento nº515/2018, 2018, p. 21428), foi realizada entrevista e avaliação do estado mental a uma adolescente pertencente ao grupo terapêutico do primeiro ensino clínico (Apêndice VIII) com quem foi estabelecida relação de confiança e terapêutica suficientemente consistente para que fosse possível recolher a informação, tanto a nível individual como em entrevista familiar com a mãe. Senti a possibilidade de, neste contexto, dar também foco ao desenvolvimento da entrevista de relação de ajuda. A relação é considerada um instrumento nos cuidados de Enfermagem, pelo que baseados na mesma, contribuem para a qualidade e eficácia dos cuidados. Segundo Chalifour (2008) a relação de ajuda deve ser estruturada em três momentos: a primeira fase, a de orientação da relação, em que o objetivo é clarificar o pedido de ajuda, é recolhida a informação fornecida pelo cliente e o seu modo de compreender a dificuldade que vivencia. Num segundo momento, a fase de trabalho ou emergência de identidades, o interveniente define estratégias e aplica-as para fazer face à necessidade do cliente. Por fim, a fase de conclusão, em que se analisa a concretização dos objetivos propostos, e o profissional deve assegurar a transição do cliente para a situação futura.

Com base na avaliação inicial levada para a reunião semanal da equipa multidisciplinar, com a

análise da história de saúde e avaliação do estado mental, foi possível delinear um projeto terapêutico que fosse de encontro às necessidades da adolescente e da família. As intervenções psicoterapêuticas individuais que assisti e tive oportunidade de participar, em grupo e familiares através das entrevistas familiares e do grupo terapêutico de pais, focadas essencialmente no adolescente, com envolvimento do grupo e da família constituíram, assim, parte de uma abordagem sistémica fundamental para a promoção e otimização da saúde mental.

Quanto à unidade de competência F2.3., onde se refere que o EEESMP “Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos” (Regulamento nº515/2018, 2018, p. 21428), foi possível experienciar a possibilidade de previamente integrar os ensinamentos clínicos para observar os adolescentes e, através das suas necessidades, do olhar clínico que foi desenvolvido e da partilha com os Enfermeiros Orientadores bem como com a restante equipa multidisciplinar, desenvolver o projeto referido neste Relatório de Estágio. Após observação, partilha e reflexão e, ainda, de uma pesquisa que sustentasse a prática em evidência, foi decidido incidir sobre as competências socioemocionais, do ponto de vista do seu desenvolvimento num momento de transição sensível como a adolescência assim o é, em adolescentes em situação de doença grave, cuja história de vida permitiu entender que muitas das competências estariam a ter dificuldades em serem apreendidas.

A terceira competência, F3, postula que o EEESMP “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.” (Regulamento nº515/2018, 2018, p. 21428).

Na unidade de competência F3.1, “Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade” (Regulamento nº515/2018, 2018, p. 21429), destaque no Apêndice IX, uma avaliação e reflexão realizada sobre um adolescente internado com a primeira abordagem e necessidade de levantar diagnósticos e intervenções de Enfermagem.

Para que esta competência fosse adquirida, a proposta de plano de intervenção de desenvolvimento de CSE junto do adolescente em situação de doença mental descrita neste relatório de estágio poderá servir como uma ilustração do caminho percorrido e da explicitação dos vários critérios de avaliação da competência.

Para a construção desta proposta de plano de intervenção, foram identificados um problema e uma necessidade específica na população alvo e, através da experiência profissional e da prévia observação e interação com os adolescentes, dos momentos individuais terapêuticos desenvolvidos, das intervenções de grupo desenvolvidas bem como da opinião da Equipa, foi delineado o projeto. Esta informação foi trabalhada e comparada com a prática existente baseada na evidência e transformada num plano de intervenção que fosse o mais benéfico possível para ajudar o adolescente a recuperar a sua saúde mental através, neste caso, do desenvolvimento e treino de CSE.

No planeamento das sessões da atividade terapêutica em grupo, a Expressão Dramática, foi tido em conta o desenvolvimento desta competência no sentido de atribuir aos subtemas escolhidos previamente pelo grupo uma intencionalidade terapêutica que levasse efetivamente a assistir cada adolescente na recuperação da sua saúde mental, quer seja pela exploração do tema, pela identificação

de situações onde se identificassem quer seja pelo encontro de estratégias para lidar com cada dificuldade encontrada e/ ou que levasse a um processo reflexivo a ser partilhado posteriormente com a Equipa de referência (Médico, Enfermeiro de Referência e restantes profissionais de suporte). Os vários exemplos da realização deste trabalho encontram-se nos Apêndices II - VII, onde é apresentado um plano de uma destas sessões de grupo terapêutico. Para além da intervenção terapêutica e focada no desenvolvimento de CSE, também foi possível trabalhar a relação do grupo de pares e os vários papéis que cada um dos adolescentes representava dentro desse mesmo grupo e, posteriormente, refletir sobre os vários papéis que desempenhavam no seu núcleo. Através das suas interações, foi dada a possibilidade de, num ambiente terapêutico, atribuir um significado aos papéis, às relações e aos papéis dentro das relações.

A intencionalidade terapêutica das sessões foi sempre o desenvolvimento das CSE, mas, também, através dos temas a abordar, potenciar o processo de autorreflexão, de autoconhecimento e de autoconsciência. O mediador escolhido, de certa forma, foi potenciador de sentimentos e emoções que levaram à necessidade de iniciar ou manter este processo. Em vários momentos, os adolescentes mostraram-se tensos, mostraram desconforto, insegurança, tristeza, mas, também, alegria, alívio, elucidação, esperança. Todas estas emoções, sentimentos e reações foram transmitidas à Equipa para serem trabalhados em intervenção individual com os seus técnicos de referência. Num desses momentos, uma adolescente, durante a dramatização, iniciou labilidade e CAL. O tema a ser trabalhado naquela sessão era um tema difícil para a adolescente, que despoletou sentimentos e emoções negativas. Devido ao trabalho de equipa, foi possível gerir o momento de crise através de contenção ambiental e intervenção em crise pelo Enfermeiro Orientador enquanto, momentaneamente, a atividade continuou com um técnico. Os sentimentos e emoções da adolescente foram, posteriormente, trabalhados em intervenção individual com o seu Enfermeiro de Referência, procurando responder às necessidades da adolescente e, também, atribuir um significado ao momento de forma a construir estratégias futuras para lidar com possível desencadeante.

Sobre a inclusão da família no projeto e nas intervenções do EEESMP: uma premissa essencial para a entrada dos adolescentes no primeiro Ensino Clínico, um HD, corresponde ao envolvimento do adolescente, da família e da comunidade (maioritariamente a escola). Todos devem estar disponíveis para integrar o projeto terapêutico. Pude experienciar, em ambos os ensinos clínicos, que um dos grandes desafios da intervenção com adolescentes é a criação de um ambiente terapêutico tanto para o adolescente como para a família, com o estabelecer de uma aliança terapêutica que atenda às necessidades de ambos, sem que os técnicos sejam disputados ou clivados por alguma das partes integrantes. Geralmente, os pais procuram ajuda profissional pela dificuldade em lidar com situações conflituosas que surgem, sendo o adolescente visto como “o culpado” ou aquele que provoca o conflito. O êxito das intervenções dependeu sempre da relação terapêutica criado tanto com a família como com o adolescente. Foi um enorme desafio participar em todas estas formas de intervenção: a intervenção individual e em grupo com os adolescentes, as reuniões familiares, as sessões de terapia familiar e, ainda, os grupos terapêuticos de pais.

A quarta e última competência, F4, postula que o EEESMP “Presta cuidados psicoterapêuticos,

socioterapêuticos, 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.” (Regulamento nº515/2018, 2018, p.21430)

Para justificar a aquisição de competências neste campo, sinto necessidade de fazer uma ampla reflexão desde o início do meu percurso profissional como Enfermeiro num serviço especializado na prestação de cuidados de saúde mental e psiquiátrica. As experiências adquiridas têm sido diversas e os momentos de autorreflexão, supervisão e intervenção criam-me uma necessidade constante em procurar conhecimento e estratégias para continuamente melhorar o meu desempenho e, conseqüentemente, ter uma capacidade de resposta mais eficaz em benefício das pessoas com quem contacto diariamente. O percurso académico trouxe-me evidência e autores que salientam e dão nome às intervenções que têm sido a ser propostas. Acerca da intervenção terapêutica, Chalifour faz referência às características do terapeuta e do cliente como tendo um papel influenciador no decorrer de todo o processo. Quanto à pessoa que conduz a processo, Chalifour (2009) expressa que “...deve reconhecer-se certas competências para ajudar a pessoa que solicita a sua ajuda, acrescidas de uma considerável disponibilidade física e emocional, e de uma vontade de ajuda.” (p.63). Já Rogers (1970), acerca da relação de ajuda, refere que esta se define como uma relação em que “...pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida.” (p.45)

Com base nos pressupostos dos autores anteriormente citados, penso ter conseguido responder a esta competência. O projeto de intervenção desenvolvido foi originado por um trabalho extenso de observação, de procura de evidência e de reflexão para que tivesse um objetivo que fosse de encontro às necessidades da população por mim trabalhada. Assim, a unidade de competência F4.1, onde se atribui competências ao EEESMP quando “coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.” (Regulamento nº515/2018, 2018, p.21430).

O campo de estágio da comunidade, num Hospital de Dia da Adolescência, foi promotor do contacto com um grupo fechado de adolescentes onde as intervenções eram realizadas sobre o modelo sistémico e, portanto, com foco no adolescente, na família e na comunidade, promovendo o uso e a experimentação de estratégias com a possibilidade de serem refletidas em momentos terapêuticos. Um dos exemplos é a transição dos adolescentes em situação de abandono escolar para uma situação em que, progressivamente, integraram novamente a escola com a articulação constante dos profissionais, família e professores. Tive a oportunidade de assistir e intervir de forma supervisionada com os adolescentes neste sentido, quer através das atividades terapêuticas quer através dos momentos individuais onde usava a ferramenta terapêutica de escuta ativa e suportava os adolescentes nas suas dúvidas, nas dificuldades e no planeamento e novas estratégias através de uma reflexão detalhada dos acontecimentos. Promovi, desta forma, a adesão ao tratamento e ao projeto terapêutico, tal como a unidade de competência F4.1.2 assim faz referência.

O grupo terapêutico de pais realizado no campo de estágio referido anteriormente foi uma ótima referência e oportunidade para ter contacto com a família e para empatizar com o sofrimento da família, que pode ser deixado para segundo plano em variados casos. A integração da família no projeto

terapêutico e o cuidar da mesma através da criação de um grupo terapêutico foi importante para adquirir a unidade de competência F4.1.7. Um outro suporte para a família e para os adolescentes é a reunião familiar, onde tive oportunidade de integrar e dinamizar após reunião multidisciplinar. A reunião foi convocada a pedido da adolescente em questão por dificuldades com a família próxima em respeitar os limites e o seu processo em relação ao percurso escolar. A adolescente, à entrada no HD, estava e absentismo escolar há cerca de 4 meses por ataques de pânico relacionados com a performance acadêmica. O projeto terapêutico foi estabelecido e alterado semanalmente, consoante as necessidades da adolescente e da família. Devido às melhorias sentidas pela família, a adolescente foi sendo incentivada a integrar uma disciplina, duas disciplinas e assim sucessivamente. A família, de acordo com a adolescente, *“fez muita pressão para eu ir a todas e não chumbar de ano porque já acham que eu estou boa”* (sic). Esta partilha em momento psicoterapêutico individual levou à necessidade de uma reunião familiar com objetivo de melhorar a comunicação no seio familiar, gerir expectativas e validar o projeto terapêutico da adolescente e da família. Nessa reunião familiar, foram expressas várias emoções e vários sentimentos pelos membros da família que não eram ditos espontaneamente. O entendimento entre todos foi instantâneo. Esta aprendizagem vai de encontro com o critério de avaliação F4.1.6, que faz referência a *“Presta apoio sistematizado às famílias de pessoas com doenças mentais graves e crónicas através de intervenções psicoeducativas uni e multifamiliares, incluindo a organização e condução de grupos psicoeducacionais para pessoas com doença mental e famílias.”* (Regulamento nº515/2018, 2018, p.21430).

Quanto à 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”* (Regulamento nº515/2018, 2018, p.21430), foi sendo descrita ao longo do desenvolvimento do projeto de intervenção e da avaliação das várias sessões através do feedback dos adolescentes e da observação do comportamento e da postura durante os exercícios propostos. Através do projeto desenvolvido, foram implementadas intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, marcadamente de grupo, mas que, posteriormente, foram desenvolvidas também em intervenções individuais, trabalhando assim o processo de transição de desenvolvimento humano juntamente com as CSE e, desta forma, promover o processo de saúde/doença. Através deste projeto, foi estimulado o insight dos adolescentes relativamente aos temas explorados e relacionados com a dificuldade em adquirir estratégias facilitadoras de desenvolvimento das competências descritas. Destaco especialmente a unidade de competência F4.2.5, onde é referido que o EEESMP *“Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.”* (Regulamento nº515/2018, 2018, p.21430). A atividade terapêutica *“Expressão Dramática”* foi facilitadora para envolver os adolescentes e permitir a experimentação de vários papéis, de serem guiados pela espontaneidade e para testarem os limites. Quando se tem um palco e se dramatiza os problemas, as possibilidades são imensas e é possível testar, inventar, sonhar, resolver, criar, mudar, finalmente perceber.

3.3 - Competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Porque este relatório faz referência ao processo de aquisição do grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, importa analisar também a construção destas competências.

A aquisição destas competências está regulada em Diário da República pelo Decreto-Lei nº 65/2018, de 16 de agosto, que postula que o grau de Mestre seja conferido àqueles que mostrem:

- 3.2.1 Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) S sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- 3.2.2 Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- 3.2.3 Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- 3.2.4 Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- 3.2.5 Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei nº65/2018, 2018, p.4162)

Assim, irei tentar delinear o processo que considero pertinente para a aquisição destas competências. Foi possível demonstrar ao longo destes dois anos que, os conhecimentos da Licenciatura foram integrados, desenvolvidos e aprofundados. As bases teóricas e práticas da Licenciatura construíram a base de conhecimento geral que, ao longo da carreira profissional, necessitou de ser aprofundada, consolidada e especificada. Neste caso, os conhecimentos gerais do cuidado em Enfermagem foram aplicados sobre a forma de cuidados prestados à pessoa, mas, neste momento, há a necessidade de continuar essa prestação com procura em melhorá-la através da prática baseada na evidência, da construção de nova evidência através da investigação com vista à melhoria e atualização dos cuidados. Como EEESMP e Mestre em Enfermagem, para além de sentir mais necessidade, estou mais desperto para “Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” ou “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Lei nº156/2015, 2015, p. 86). Quanto ao conhecimento empírico (conhecimento adquirido através da Observação), que tende a ser apreendido no dia-a-dia, foi sendo adquirido ao longo da experiência profissional, sendo de carácter especializado aquando do início do meu percurso na área da

Saúde Mental e Psiquiátrica e, ampliado e construído com bases sólidas através da frequência das unidades curriculares ao longo destes dois anos de estímulos e aprendizagens no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O domínio do conhecimento e desenvolvimento pessoal tem sido prontamente refletido no relatório de estágio e construído através do desenvolvimento de uma consciência social e política, tanto pela aquisição de competências como pela necessidade de integrar os conhecimentos, abordar as dificuldades, conhecer-me, conhecer o Outro e apropriar-me do melhor que cada contexto, situação e local de aprendizagem me pode dar. Levou, ainda, a uma maior consciência dos possíveis papéis que é possível desempenhar dentro da profissão de Enfermagem, a compreender que a classe de Enfermagem passou nas últimas décadas por um notável desenvolvimento, enquanto profissão e disciplina do conhecimento, sustentado pela inovação, formação e investigação e mantém-se a necessidade de potenciar e valorizar esse contributo no contexto das equipas de saúde, a bem da saúde e da sustentabilidade do sistema de saúde. Considero ser uma forma de alcançar ganhos de eficiência e efetividade que são até demonstrados pela evidência científica.

Os conhecimentos adquiridos trouxeram solidez ao processo de construção da proposta de plano de intervenção de desenvolvimento de CSE com o adolescente, mobilizando a evidência científica, a prática baseada nesta e outros padrões e documentos do conhecimento em Enfermagem e de outras áreas de estudo, sendo pretendida a construção de uma possível resposta a uma dificuldade específica da fase de desenvolvimento de vida, a adolescência, num contexto diferenciado e interligado com o propósito do trabalho desenvolvido: os ganhos na promoção da saúde mental.

PARTE 4 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

No que concerne às questões éticas, este projeto foi desenvolvido e aplicado no âmbito do estágio da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, sendo as atividades inseridas no plano de atividades semanal do serviço onde foi realizado o ensino clínico correspondente. O teor do projeto foi apresentado ao Senhor Enfermeiro Chefe do serviço correspondente e, após validação, foi apresentado ao Enfermeiro Orientador e à equipa multidisciplinar em reunião de equipa, sendo aprovado com a premissa de serem apresentado feedback todas as semanas em reunião.

De acordo com Deodato et al (2015), o Princípio do Respeito pela Autonomia) foi colocada à consideração e respeitada a decisão dos adolescentes e da Equipa sobre a participação no projeto. Essa decisão foi validada semanalmente. Verbalmente, foi comunicado aos pais o objetivo do projeto, explicando que faria parte do projeto terapêutico de cada adolescente, inserido nas atividades terapêuticas de grupo. O Princípio da Beneficência e da Não-Maleficência, foram garantidos os apoios necessários no caso de algum adolescente necessitar de intervenção posterior, assegurada por mim (em orientação e presença do Enfermeiro Orientador), pela equipa de referência e pela restante equipa multidisciplinar. A informação decorrente das sessões foi sempre comunicada aos Enfermeiros do Serviço em reuniões de passagem de turno e escritas em notas clínicas após validação do Enfermeiro Orientador.

Tanto na apresentação do projeto como no início de cada sessão, foi garantida a confidencialidade e o anonimato dos adolescentes participantes. Esta garantia foi tida em conta neste Relatório através da não inclusão de dados que permitissem o reconhecimento aquando da leitura do mesmo.

PARTE 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao terminar este Relatório de Estágio, pode-se referir que a sua elaboração foi um constante reviver destes últimos dois anos preenchidos por muitas reflexões, aprendizagens e conquistas pessoais e profissionais. A escolha do tema surgiu através das preocupações profissionais partilhadas com os vários profissionais de saúde com quem me cruzei e cruzei, ficando com a expectativa de que a intervenção ao nível da ESMP poderia ser essencial para a melhoria da qualidade de vida e saúde mental dos adolescentes, a partir da promoção do desenvolvimento de competências essenciais e de um contexto contentor onde seria possível reviver situações causadoras de sofrimento e da oportunidade de experimentar as mesmas situações de acordo com outra perspetiva, sobretudo, com novos papéis.

Tendo já experiências anteriores sobre o recurso da dramatização na inclusão de um projeto terapêutico mais consistente e promotor de benefícios mais sólidos e unindo essa experiência ao particular interesse pela população adolescente, surgiu uma motivação maior que me levou a procurar definir o meu papel como EEESMP.

Em ambos os contextos de ensino clínico, para além da situação de doença mental, notou-se a dificuldade na gestão de emoções e sentimentos, na ambivalência em desenvolver competências interligadas ao processo de crescimento e características do processo de desenvolvimento onde se encontravam. A necessidade de o profissional de saúde prestar apoio no desenvolvimento destas competências num ambiente terapêutico, contentor e com vários recursos disponíveis mostra-se uma forma de intervenção para potenciar o projeto terapêutico e ir de encontro às necessidades da população alvo.

As questões associadas à fase de desenvolvimento da adolescência são complexas e, portanto, a necessidade de criação de respostas diferenciadas na área de prevenção e promoção de saúde mental encontrou-se presente entre as equipas multidisciplinares, em particular, nas equipas de Enfermagem que desenvolvem diariamente intervenções nas suas várias dimensões para atender às necessidades e dificuldades expostas e apuradas. Sendo os enfermeiros os profissionais de saúde que têm particular atenção no desempenho dos vários papéis que os adolescentes vão desempenhando com os vários intervenientes, fez sentido ser desenvolvido este projeto para dar resposta aos problemas diariamente encontrados e relacionados com a confusão mental que a transição desempenha nos adolescentes. Meleis (2010), como foi sendo descrito neste relatório, faz referência à suplementação de papel como terapêutica quando é utilizada quando a insuficiência do papel se apresenta.

Embora não hajam resultados quantitativos sobre as vantagens da aplicação deste projeto de intervenção na população e contexto destacado, o feedback dos adolescentes ao longo das sessões e dos profissionais de saúde foi positivo. Os vários temas desenvolvidos levaram a processos de autorreflexão por parte dos adolescentes, tendo resultado em intervenções individuais com os profissionais de referência de forma a potenciar o seu cariz terapêutico e a encontrar estratégias mais consistentes. Ainda, o facto de o projeto de intervenção não ter abrangido todos os subtemas deixa dúvidas pertinentes à viabilidade da integração do mesmo no contexto, pelo que seria interessante ser realizado futuramente com objetivos claros e resultados mais específicos. No entanto, sendo o contexto composto por um grupo

permanentemente aberto, tais resultados seriam difíceis de obtenção pela não integração de todos os adolescentes do início ao fim.

A utilização da dramatização e dos objetos intermediários foi uma das possíveis formas de trabalhar estas questões, mas que, sem dúvida, foi essencial para o êxito da deste projeto, tanto para os adolescentes que se mostraram confortáveis por não estarem constantemente num campo tenso e a aceder ao pensamento como para a equipa que o desenvolveu, por ter um gosto particular por esta dinâmica. As técnicas do Psicodrama e Sociodrama apresentaram-se como uma ferramenta influente para viver múltiplos papéis, ao serem mobilizadas numa realidade suplementar, em dramatização, onde todos os papéis puderam ser criados, vividos e recreados.

O grupo foi verbalizando a necessidade de trabalhar as competências e a relação tão próxima que a aquisição pobre das mesmas com as suas dificuldades na resolução de problemas internos e externos, relacionados principalmente com a família, o grupo de pares e a comunidade.

A análise das intervenções desenvolvidas neste projeto, sugere que a intervenção no desenvolvimento de CSE com recurso a técnicas de dramatização, poderá ser uma proposta válida de abordagem terapêutica ao adolescente com doença mental, com potencialidades a serem exploradas noutras áreas de cuidados de saúde mental e que outras formas de dramatizações alternativas possam oferecer diferentes abordagens de tratamento. Seria importante que futuramente tais intervenções pudessem ser avaliadas tanto no que se refere à sua eficácia terapêutica, quanto à sua eficiência, em termos de custos/benefício do tratamento e até serem parte integrante no projeto terapêutico individual.

Para finalizar, a construção e consolidação da minha identidade como EEESMP através das várias experiências vividas e possibilidades de observação, intervenção e reflexão constituiu uma ferramenta indispensável para que, futuramente, de forma mais consciente e consistente, reveja novamente este projeto e o projete numa qualidade que me será característica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J. L. P. (2006). *O Modelo do Psicodrama Moreniano*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Abreu, S., Barletta J. & Murta, S. (2015). *Prevenção e promoção em saúde mental: pressupostos teóricos e marcos conceituais*. In: S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos, & L. Polejack (Eds). *Prevenção e promoção em Saúde Mental*, p. 54-74. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Azevedo, A.I.M. (2010). *Processo de transição do adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes* [dissertação de mestrado em ciências de enfermagem]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26622/2/Processo%20de%20transio%20do%20adolescente%20hospitalizado%20numa%20Unidade%20de%20Adolescentes.pdf>
- Benatti, L.M.P. (2020). *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica junto do adolescente com Ideação Suicida e/ou Tentativa de suicídio - um processo de desenvolvimento de competências [relatório de estágio]*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
- Carvalho, A., Almeida, C., Amann, G., Leal P., Pereira, F., Lopes, I. (2016). *Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar*. Lisboa: DGS, IPS/ESS, PV, DGS.
- Carvalho, A.; Amann, G.V.; Almeida, C.T. (2019). *Manual para a promoção de competências socioemocionais em meio escolar*. Lisboa: DGS
- Casel (2003). *Safe and Sound. An educational leader's guide to evidencebased social and emotional learning (SEL) programs*. (On-line). Disponível em <http://www.casel.org>.
- Castellar, C. (1987). *Grupoterapia com adolescentes. Grupo sobre Grupos*, 87-97
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica. Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Volume 1). Loures: Lusodidacta
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica: Estratégias de intervenção* (Volume 2). Loures: Lusodidacta.
- Claes, Michel (1985). *Os problemas da adolescência*. Lisboa: Verbo.
- Cruz, A.S.M.R. (2014). *Perspectivas integradoras sobre o psicodrama moreniano: os teóricos, os terapeutas e os clientes*. [Tese de Doutoramento]. Universidade Fernando Pessoa. Porto
- Decreto-Lei nº65/2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior: Alteração do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. (2018). Diário da República nº157, Série I de 2018-08-16, 4147-4182. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>.

Deodato, S. (Coord.); Cerdeira, A.B.; Germano, A.; Magalhães, A.; Malha, A.; Trindade, A.; Pimentel, E.; Figueira, F.; Cerqueira, J.; Nunes, L.; Vieira, M.; Carvalho, M.C.; Martins, M.C.; Amaral, M.; Bettencourt, M.; Gonçalves, R.; Carneiro, T.; Lampreia, N., (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa

Direção Geral de Saúde (2018). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Consultado em: <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-saude-mental>.

Entidade Reguladora da Saúde (2017). *Direito ao Acompanhamento e Respetivos Direitos e Deveres dos Acompanhantes*. ERS, Lisboa.

Fetro, J. V., Rhodes, D. L., & Hey, D. W. (2010). *Perceived Personal and Social Competence: Development of Valid and Reliable Measures*. *Health Educator*, 42(1), 19-26.

Franco, M. G. (2008). *A gestão das emoções na sala de aula. Projeto de modificação das atitudes emocionais de um grupo de docentes do 1.º ciclo do ensino básico*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Garcia, I.R. (2016). *Saúde mental positiva em adolescentes [dissertação de mestrado]*. Escola Superior de Enfermagem do Porto disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17844>

Goleman, D. (2006). *Inteligência emocional*. Ideia y Creación Editorial, S.L.

Instituto Ayrton Senna (2022). *Além da aprendizagem académica: primeiros resultados da pesquisa sobre competências socioemocionais*. IAS. Disponível em <https://institutoayrtonsenna.org.br/content/dam/institutoayrtonsenna/documentos/OCDE-REPORT-Portugues-27-04-22.pdf>

Lei nº156/2015. (2015). *Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*, aprovado pelo Decreto-Lei nº2/2013, de 10 de janeiro. Assembleia da República. Diário da República, I série (nº181 de 16-09-2015), 8059-8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>

Lopes, J.; Rutherford, R.; Cruz, M.; Mathur, S. & Quinn, M. (2006). *Competências sociais: aspetos comportamentais, emocionais e de aprendizagem*. Braga: Psiquilíbrios.

Lopes, A.; Fermoseli, A.; Macedo, E.; Figueiredo, E. & Acácio, K. (2018). *Reflexões sobre a Relação: Adolescência, Família e Escolha Profissional*. *Cadernos de Graduação: Ciências Humanas e Sociais*. 5 (1), 179-190.

Lopes, M. J. (2018). *Forming and Maintaining Interpersonal Relationships*. In: Santos, J., Cutcliffe, J. (eds) *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century. Principles of Specialty Nursing*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_19

Maas, Tânia; Zagonel, I. P. S. (2005). *Transição de saúde-doença do ser adolescente hospitalizado*. *Cogitare Enfermagem*, Volume 10: nº2, p. 68-75.

- Martins, E.; Szymanski, H. (2005). *A abordagem biocecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias*. Estudos e Pesquisas em Psicologia, nº1, p.63-77.
- Matos, M. (2005). *Comunicação e Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*. Lisboa: FMH Edições.
- Meleis, A. (1997) *Theoretical Nursing: Development & Progress*. Filadélfia: Lippincott.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, LLC
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., 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*. New York: Springer Publishing Company.
- Miranda, A., Oliveira, J. (2012). Quando o palco é parte da realidade: o sociodrama na formação dos educadores sociais. *Sensos*, 1(2), 27-40 disponível em <http://sensos.esse.ipp.pt/revista/index.php/sensos/article/view/73/29>
- Moreno, J. L. (1997). *Psicodrama*. São Paulo: Cultrix.
- Nabais, A. (2019). *Intervenção de Enfermagem de Saúde Mental com Crianças Pós-Catástrofe*. [Tese de Doutoramento]. Universidade de Lisboa. Lisboa.
- Niedenthal, P.; Krauth-gruber, S. & Ric, F. (2006). *Psychology of emotion. Interpersonal, experiential and cognitive approaches*. Nova Iorque: Psychology Press.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional em Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros
- Pena, A.R.M. (2014). *Intervenções Expressivas em grupo de adolescentes em sofrimento mental*. [Relatório de projeto de estágio]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Pereira, P.; Botelho, M.A.R. (2014). *Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura*. *Pensar Enfermagem*, 18 (2), 61-73.
- Programa Nacional de Saúde Escolar (2015). Norma DGS 015/2015 de 12/08/2015. Lisboa: DGS
- Regulamento nº140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República nº26, Série II de 2019-02-06
- Regulamento nº515/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República nº151, Série II de 2018-10-07
- Rogers, C.R. (2001). *Tornar-se pessoa*. (5ªed). Martins Fontes. Disponível em <https://gmeaps.files.wordpress.com/2019/02/tornar-se-pessoa-carl-r.-rogers.pdf>

Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel

Santos, A. (1989). *Mediações Artístico-Pedagógicas*. Lisboa: Livros Horizonte

Santos, A. (2000). *Breve Retrospectiva do Movimento de Educação pela Arte em Portugal*. In Vários Autores (2000). *Estudos em Homenagem do Dr. Arquimedes da Silva Santos*. Lisboa: Livros Horizonte.

Santos, C.F.C. (2016). Programa de promoção de competências socio-emocionais e atencionais: conceção, implementação e avaliação do Programa Perlimpimpim em crianças do 3ºano de escolaridade [dissertação de mestrado]. Faculdade de Psicologia. Universidade de Lisboa

Sousa, A. (2003). *Educação pela Arte e Artes na Educação: 2º Volume – Drama e Dança*. Lisboa: Instituto Piaget.

Sousa, S.C.P.G. (2012). *Auto Estigma na doença mental grave: desenvolvimento de um programa de intervenção com recurso ao sociodrama e ao E-learning* [tese de doutoramento]. Faculdade de psicologia e de ciências da Educação do Porto.

Souza, Â., Fraga, M., Moraes, L., Garcia, M., Moura, K., Almeida, P., Moura, E. (2004).

Grupo terapêutico: sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental. *Texto & contexto enfermagem*, 13(4), 625-632.

Sternberg, P.; Garcia, A. (2000). *Sociodrama - Who's in your shoes?* Westport: Praeger.

Stuart, G. W.; Laraia, M. T. (2002). *Enfermagem Psiquiátrica*. 4ª Edição. Reichmann e Affonso Editores.

Verzignasse, V.C.P.; Terzis, A. (2008). Acting out em um grupo de adolescentes. *Vínculo*, volume 5 (2), 129-149;

Vidigal, M. e Colaboradores (2005). *Intervenção Terapêutica em Grupos de Crianças e Adolescentes – Aprender a Pensar*. Lisboa: Trilhos Editora.

Vieira, J.F.D.C. (2016). *A expressão dramática como forma de intervenção com jovens acolhidas em lar de infância e juventude*. (Relatório de projeto). Leiria. Escola Superior de Educação e Ciências Sociais. Instituto Politécnico de Leiria. Disponível em https://iconline.iplleiria.pt/bitstream/10400.8/2419/1/Projeto%20ExperienciaARte%20_JoanaVieira.pdf

Vinogradov, S; Yalom, I. (1992). *Manual de Psicoterapia de Grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas;

World Health Organization (2017). *Recommendations on Adolescent Health: Guidelines Approved by the WHO Guidelines Review Committee* em <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.09>

Yalom, I.; Leszcz, M. (2007). *Psicoterapia de grupo: Teoria e Prática*. (5ª ed). Artmed, Porto Alegre. Disponível em <https://livrogratuitosja.com/wp-content/uploads/2021/03/Livro-Psicoterapia-de-Grupo.pdf>

Zagonel, I. P. S. (1998). *O cuidado de enfermagem na perspectiva dos eventos transicionais humanos*. Acta Paul. Enf. Vol.11, nº2.

Zagonel, I. P. S. (1999). *O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem*. Revista latino-americana enfermagem. Vol. 7, nº3, p. 25-32.

Zimerman, D.; Osorio, L. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artmed Editora.

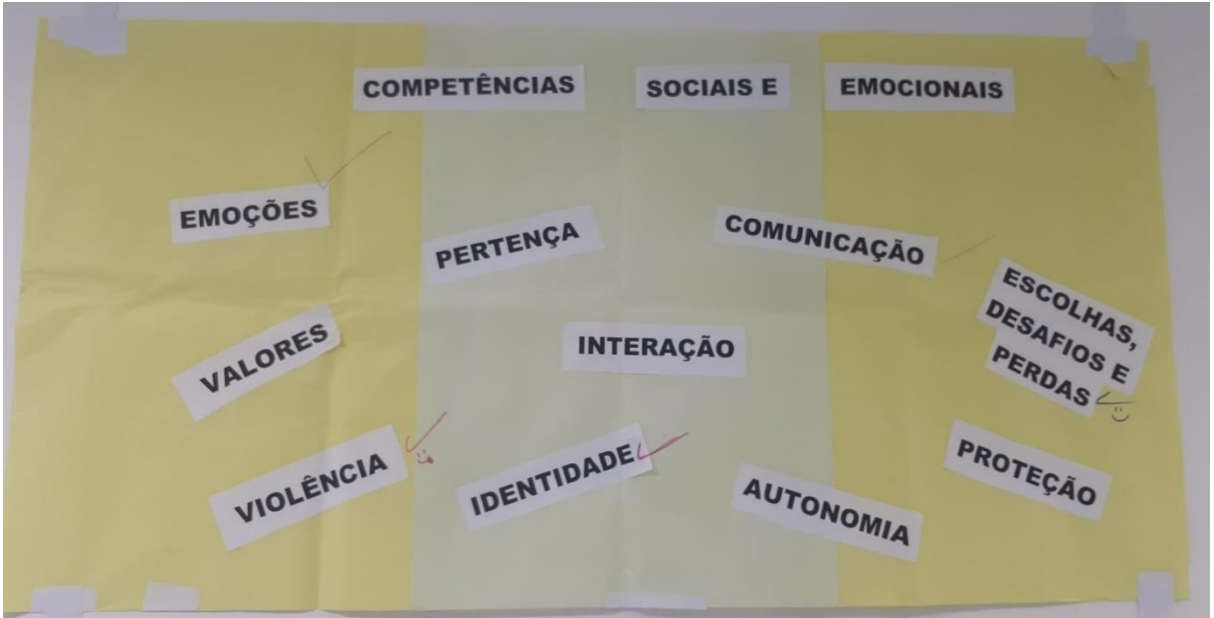
APÊNDICES

APÊNDICE I: Setting Terapêutico

(Página propositadamente deixada em branco)

APÊNDICE II: Sessão 1 - Apresentação do Projeto de Intervenção

Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	40'	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos profissionais de saúde presentes; • Apresentação do projeto: objetivos, duração, como será desenvolvido; • Perceber o que são competências, o que significa ser-se competente e/ou capaz, o que são competências sociais e competências emocionais; • Apresentação das cinco grandes competências: Autogestão, Tomada de Decisão Responsável, Autoconsciência, Relação Interpessoal, Consciência Social. • Apresentação dos 10 temas possíveis de desenvolver nas futuras sessões: Identidade; Comunicação; Emoções; Autonomia; Proteção; Violência; Escolhas, Desafios e Perdas; Interação e Pertença. • Definição dos objetivos. • Verificação da recetividade/interesse dos adolescentes. 	Método participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação formativa e imediata; • Observação do interesse, recetividade e motivação dos adolescentes.
Etapa II Desenvolvimento	35'	<ul style="list-style-type: none"> • Convidar os participantes a partilharem a sua opinião quanto aos vários conceitos e temas abordados; • Estimular a interação entre o grupo e a troca de ideias; • Convidar os participantes a enumerar por ordem decrescente os 10 temas de acordo com a competência que sentem (ou não) em cada um deles; • Desafiar os participantes a escolherem em grupo o tema que sentem maior necessidade em ser abordado na próxima semana. 	Método participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação formativa e imediata; • Observação do interesse, motivação e participação dos adolescentes.
Etapa III Conclusão	15'	<ul style="list-style-type: none"> • Motivação para a verbalização do que sentiram; • Motivação para a verbalização das expectativas criadas ou para a falta das mesmas; • Conclusão das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas; • Avaliação da atividade. 	Método participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação formativa e imediata; • Avaliação dos conteúdos da atividade através do diálogo com os adolescentes.



APÊNDICE III: Sessão 2 - Dramatização: “Identidade”

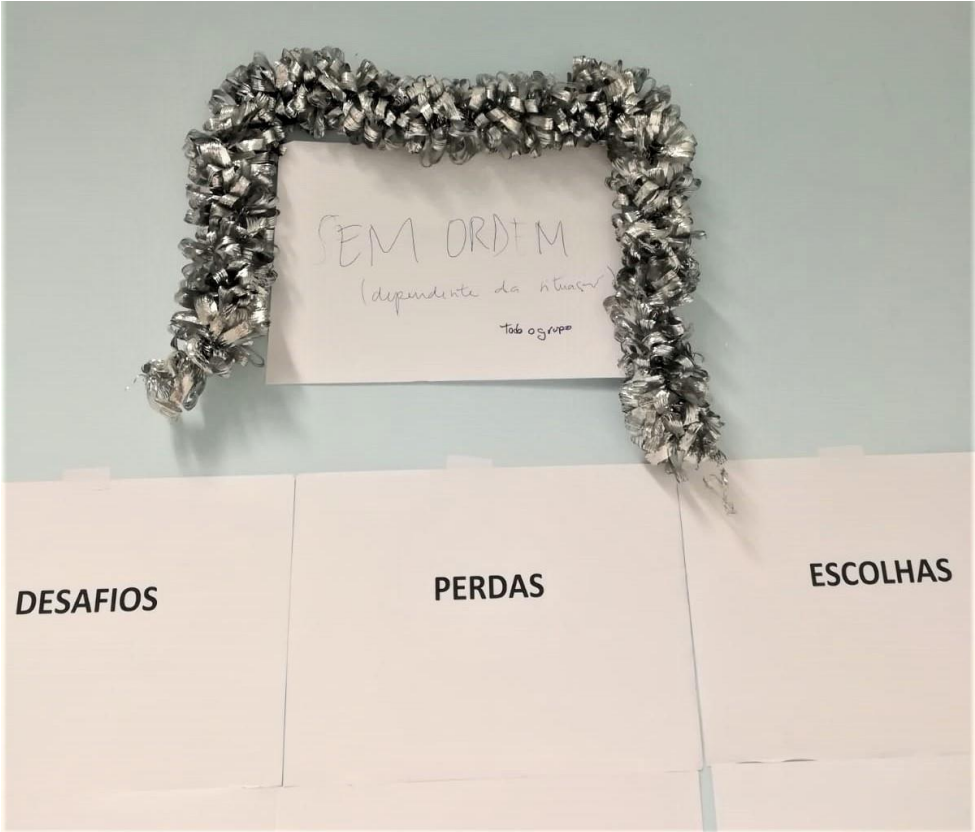
Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Aquecimento	30'	<ul style="list-style-type: none"> • <u>AQUECIMENTO INESPECÍFICO -</u> “Lago dos Tubarões” <p>O grupo anda pela sala a fingir que está a nadar. Quando se ouve a voz a dizer “TUBARÕES”, todos têm de correr para as várias jangadas construídas. À medida que o jogo vai prosseguindo, o tamanho das jangadas vai diminuindo. Os que vão sendo apanhados tornam-se tubarões. Os tubarões têm de apanhar aqueles que não conseguirem chegar a uma das jangadas. O jogo termina quando todos tiverem sido apanhados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>AQUECIMENTO ESPECÍFICO –</u> “Imitar famosos” <p>Dentro de um envelope estarão 14 papéis com 4 nomes de figuras conhecidas. O grupo não sabe que existem personagens iguais. Desafia-se o grupo a usar os adereços previamente levados e a interpretarem a personagem da forma que a percebem. Podem usar frases características, comportamentos, situações. É incentivada a criatividade de cada elemento do grupo. Posteriormente, serão desafiados a interagirem entre si.</p> <p>O objetivo será identificarem que existem personagens iguais mas que a percepção de cada um sobre alguém é diferente, mesmo sendo de personagens conhecidas na generalidade.</p>	Método participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação formativa e imediata; • Observação do interesse, receptividade e motivação dos adolescentes.

<p>Etapa II Dramatização</p>	<p>40'</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O grupo explica e é elucidado sobre o exercício anterior. Levantar-se-á a questão: A minha “Identidade” muda consoante as pessoas com que me relaciono? Será feita uma sociometria entre “sim” e “não”. Posteriormente, serão feitas várias sociometrias para que o grupo comece a questionar-se. • A pergunta final será: A minha “Identidade” muda consoante o contexto? O grupo irá escolher dois contextos onde sinta que esta questão lhes faz sentido. • Será feita nova sociometria: De 0-10, o quão diferente é a minha “Identidade” nestes dois contextos? • O grupo será dividido em dois grupos. Serão desafiados a construir uma dramatização sobre a grande ou pequena diferença da sua “Identidade” nos dois contextos. • Apresentação da dramatização de cada grupo no “palco”, improvisado com o tapete. 	<p>Método participativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação formativa e imediata; • Observação do interesse, motivação e participação dos adolescentes.
<p>Etapa III Partilha</p>	<p>20'</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Motivação para a verbalização do que sentiram nos diferentes exercícios e na dramatização; • Motivação para a verbalização das expetativas criadas ou para a falta das mesmas; • Motivação para a partilha de possíveis insights realizados; • Conclusão das principais ideias e interligação com o tema da atividade; • Esclarecimento de dúvidas; • Avaliação da atividade; • Escolha do tema para a semana seguinte. 	<p>Método participativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação formativa e imediata; • Avaliação dos conteúdos da atividade através do diálogo com os adolescentes.

APÊNDICE IV: Sessão 3 - Dramatização “Escolhas, Desafios e Perdas”

Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Aquecimento	30'	<ul style="list-style-type: none"> • <u>AQUECIMENTO INESPECÍFICO -</u> “Tartaruga” <p>O grupo é dividido em subgrupos. Cada um desses subgrupos posiciona-se numa das pontas da sala, em cima de um lençol. Terá de gatinhar até à ponta contrária. A regra é não tocar no chão.</p> <p>O objetivo será perceber como o grupo lida com o desafio; como gerem; se existe alguém que assume a liderança; permitirem-se a entrar em campo relaxado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>AQUECIMENTO ESPECÍFICO –</u> “Navio” <ul style="list-style-type: none"> • O grupo terá o desafio de, em conjunto, percorrer a sala (com obstáculos) em cima de um lençol. <p>O objetivo será encontrar soluções, num grupo ainda maior, perante o desafio realizado.</p> <p>Perguntar como se sentiram, que papel tiveram no grupo, o que teve de acontecer para que fosse possível concluir o exercício.</p>	Método participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação formativa e imediata; • Observação do interesse, recetividade e motivação dos adolescentes.
Etapa II Dramatização	40'	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre os exercícios anteriores: <ul style="list-style-type: none"> - Que desafios apareceram nestes dois exercícios? Tiveram de realizar escolhas? Que perdas sentiram que tiveram? O que apareceu primeiro: Escolhas, Desafios ou Perdas? É costume ser sempre assim? - Se fosse um ciclo, como deveriam estas palavras ser organizadas? • Formação de grupos consoante as opiniões sobre a organização destes três conceitos; 	Método participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação formativa e imediata; • Observação do interesse, motivação e participação dos adolescentes.

		<ul style="list-style-type: none"> • Discussão em grupos sobre a ordem escolhida. Apontar os argumentos; • Cenário: Assembleia da República. Discussão sobre a organização das Escolhas, Desafios e Perdas, em particular, na fase da Adolescência. Personagens: os grupos que debatem, o Presidente da Assembleia da República, o mediador; • Nova tentativa de organização dos grupos: Todos estão confortáveis no grupo onde estão? Alguém gostaria de trocar? • Fechar a cena. Pedir para formar um círculo para iniciar partilhas. 		
Etapa III Partilha	20'	<ul style="list-style-type: none"> • Motivação para a verbalização do que sentiram nos diferentes exercícios e na dramatização; • Motivação para a verbalização das expectativas criadas ou para a falta das mesmas; • Motivação para a partilha de possíveis insights realizados; • Conclusão das principais ideias e interligação com o tema da atividade; • Esclarecimento de dúvidas; • Avaliação da atividade; • Escolha do tema para a semana seguinte. 	Método participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação formativa e imediata; • Avaliação dos conteúdos da atividade através do diálogo com os adolescentes.



APÊNDICE V: Sessão 4 - Dramatização “Violência”

Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Aquecimento	25'	<ul style="list-style-type: none"> • <u>AQUECIMENTO INESPECÍFICO -</u> <i>“Sequência exata”</i> Em voz alta, o grupo vai dizendo os números de 1-6. A cada 3 rondas, é substituído o número por um gesto ou som. Quem não acertar, dá uma volta pelo grupo e, quando não são realizadas 3 rondas sem enganar, o grupo todo deve correr à volta da sala. O objetivo será estimular o campo relaxado e promover a coesão grupal. Também será possível perceber quem fica facilmente irritado com os seus enganar e do Outro e quem assume postura passiva. • <u>AQUECIMENTO ESPECÍFICO –</u> <i>“Titanic”</i> O grupo tem um barco, realizado por o número corresponde dos membros em almofadas. É transmitida a ideia de que o barco está a afundar e, portanto, o espaço existente será cada vez mais pequeno. A ideia será existir apenas um sobrevivente, como acontece na cena das personagens Rose e Jack no “Titanic”. O objetivo será perceber como o grupo se coordena, se existe liderança, se existem voluntários que se atiram do barco. Perguntar como se sentiram, que papel tiveram no grupo. 	Método participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação formativa e imediata; • Observação do interesse, receptividade e motivação dos adolescentes.

<p>Etapa II Dramatização</p>	<p>45'</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição sobre a violência: são expostas pela sala várias frases ouvidas pelos adolescentes sobre zanga, raiva e, conseqüentemente, comportamentos violentos. • Pedir para se caracterizarem como “compradores de arte” (acessórios) e irem visualizar as frases. • O que sentiram? Após a visualização das mesmas, pedir uma nova caracterização através dos adereços. <p>- Sociometria 0-10: “Quão violento sinto que sou?”. Procurar perceber que tipo de violência falam.</p> <p>- Divisão do grupo em 2 subgrupos. Realização de estátuas sobre o que sentem com o tipo de violência que escolheram.</p> <p>- Fechar a cena. Pedir para formar um círculo para iniciar partilhas.</p>	<p>Método participativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação formativa e imediata; • Observação do interesse, motivação e participação dos adolescentes.
<p>Etapa III Partilha</p>	<p>20'</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Motivação para a verbalização do que sentiram nos diferentes exercícios e na dramatização; • Motivação para a verbalização das expectativas criadas ou para a falta das mesmas; • Motivação para a partilha de possíveis insights realizados; • Conclusão das principais ideias e interligação com o tema da atividade; • Esclarecimento de dúvidas; • Avaliação da atividade; • Escolha do tema para a semana seguinte. 	<p>Método participativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação formativa e imediata; • Avaliação dos conteúdos da atividade através do diálogo com os adolescentes.

**EXPOSIÇÃO SOBRE "A
VIOLÊNCIA"**

"Eu acho que todos nós nos sentimos zangados de vez em quando."

"Dizem que é natural ficar-se zangado quando nos sentimos atacados, insultados, enganados ou frustrados."

"Normalmente, quando isso acontece, expressamos a minha zanga e sigo em frente"

"A raiva que sinto pode ser assustadora."

"Faz-me ficar tenso e é difícil lidar com ela de modo construtivo."

"O meu coração bate mais depressa, respiro e reajo mais rápido e nem sempre consigo pensar bem."

"Às vezes reajo de uma forma da qual me arrependo mais tarde: **costumo gritar, chamar nomes, bater em alguém ou partir objetos.**"

"Estar zangada não é um problema, mas a forma como lido com a zanga e a raiva pode ser."

A zanga torna-se um problema quando me leva a magoar os outros ou a mim própria.

"Quando não expressamos a nossa raiva ou a expressamos de forma e em alturas desadequadas, podemos prejudicar-nos a nós e às nossas relações."

"Às vezes, a nossa zanga não é com algo que tenha acontecido no Presente, mas sim no Passado."

"Nessa altura não fomos capazes ou não pudemos exprimir a nossa zanga e, por isso, ela acumulou-se dentro de nós."

"Quando não conseguimos controlar e expressar a nossa raiva e a nossa zanga de forma segura, isso pode ser um sinal de que precisamos de ajuda."

APÊNDICE VI: Sessão 5 - Dramatização “Emoções”

Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Aquecimento	25'	<ul style="list-style-type: none"> • <u>AQUECIMENTO INESPECÍFICO</u> “Ola” O grupo é convidado a andar pela sala e a cumprir os vários membros de grupo de forma livre. É pedido para se cumprimentarem com aperto de mão. Depois com um toque com os pés. Depois para combinarem em pares, uma maneira de cumprimentar que seja criativa. Terminar com o cumprimento através do abraço aos vários elementos de grupo, caso se sintam confortáveis. • <u>AQUECIMENTO ESPECÍFICO</u> – “Mostra como sentes” São referidas 5 emoções: Alegria, Surpresa, Raiva, Nojo, Tristeza. O desafio é cumprimentar-se de acordo com cada emoção. De que forma cumprimentarias o Outro se se sentisses com tristeza? E com raiva? E com alegria? Perguntar como se sentiram na expressão das diferentes emoções. 	Método participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação formativa e imediata; • Observação do interesse, recetividade e motivação dos adolescentes.
Etapa II Dramatização	45'	<p><u>GRUPO A:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Em pares, cada um escolhe uma emoção para representar com uma estátua. O objetivo será estarem duas estátuas em simultâneo no palco que representem emoções diferentes enquanto se olham. • O grupo avalia cada par de estátuas e identifica as possíveis emoções que sentem estar a ser expressadas. 	Método participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação formativa e imediata; • Observação do interesse, motivação e participação dos adolescentes.

		<ul style="list-style-type: none"> • O que sentiram? Que emoção queriam representar? Gostariam de trocar de estátuas? Trocar com a estátua do par? Ver de fora? • Fechar o palco. Pedir para formar um círculo para iniciar partilhas. <p><u>GRUPO B:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Discussão sobre as várias emoções que já sentiram; diferenciar emoções e sentimentos; • Atribuir <i>emojis</i> às emoções; • Distribuir pedaços de papéis e pedir para que coloquem no papel situações que os deixem tristes, com raiva, alegres, com nojo, com surpresa). Dar cerca de 10 minutos para que escrevam, dobrem os papéis e coloquem numa caixa. É solicitado que cada um, em ordem, retire um papel da caixa que não fosse o seu e sugerisse uma forma de lidar com aquela situação da melhor forma possível. 		
Etapa III Partilha	20'	<ul style="list-style-type: none"> • Motivação para a verbalização do que sentiram nos diferentes exercícios e na dramatização; • Motivação para a verbalização das expectativas criadas ou para a falta das mesmas; • Motivação para a partilha de possíveis insights realizados; • Conclusão das principais ideias e interligação com o tema da atividade; • Esclarecimento de dúvidas; • Avaliação da atividade; • Escolha do tema para a semana seguinte. 	Método participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação formativa e imediata; • Avaliação dos conteúdos da atividade através do diálogo com os adolescentes.

APÊNDICE VII: Sessão 6 - Dramatização “Comunicação”

Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Aquecimento	25'	<ul style="list-style-type: none"> • <u>AQUECIMENTO INESPECÍFICO</u> “Telefone estragado” <p>Grupo A e B: Existe uma mensagem para ser passada por todo o grupo, uma mensagem muito importante. A regra é só se dizer uma vez a frase ao ouvido do adolescente do lado esquerdo. No final, o último adolescente transmitirá a frase ao grupo.</p> <p>No grupo A, de forma a dificultar o exercício, existem cenários enquanto a mensagem é transmitida: cenário de guerra, cenário de concerto, cenário de uma missa. A mensagem deve ser passada adequada ao cenário em questão.</p> <p>AQUECIMENTO ESPECÍFICO – “Troca de informação”</p> <p>Grupo A: O grupo será incentivado a partilhar situações em que sentiram que a comunicação não foi eficaz. A partir dessas situações, haverá múltiplas dramatizações das várias situações propostas.</p> <p>Grupo B: Dinâmica baseada na Comunicação comigo e na Comunicação com o Outro. Serão abordados os exemplos que os adolescentes trouxeram.</p>	Método participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação formativa e imediata; • Observação do interesse, receptividade e motivação dos adolescentes.
Etapa II Dramatização	45'	<p>Grupo A: À medida que o grupo vai partilhando experiências, vão sendo dramatizadas em palco. Nas dramatizações, o grupo integra as dramatizações dos pares, desempenha um papel.</p>	Método participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação formativa e imediata; • Observação do interesse, motivação e participação dos adolescentes.

		<p><u>Grupo B:</u> dramatização de uma situação de “comunicação comigo” comprometida e de uma situação de “comunicação com o Outro” comprometida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fechar o palco. Pedir para formar um círculo para iniciar partilhas. 		
Etapa III Partilha	20’	<ul style="list-style-type: none"> • Motivação para a verbalização do que sentiram nos diferentes exercícios e na dramatização; • Motivação para a verbalização das expectativas criadas ou para a falta das mesmas; • Motivação para a partilha de possíveis insights realizados; • Conclusão das principais ideias e interligação com o tema da atividade; • Esclarecimento de dúvidas; • Avaliação da atividade; • Finalização do projeto: balanço sobre as sessões, sobre o tema principal e os subtemas; despedida com exercício de despedida. 	Método participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação formativa e imediata; • Avaliação dos conteúdos da atividade através do diálogo com os adolescentes.

APÊNDICE VIII: História de Saúde e avaliação do Exame do Estado Mental colhida com a adolescente (G.) e com a mãe

(Página propositadamente deixada em branco)

APÊNDICE IX: Excerto de reflexão sobre situação experienciada, avaliação, estabelecer de diagnósticos e intervenções.

(Página propositadamente deixada em branco)

ANEXOS

ANEXO I: cinco grandes domínios das CSE de acordo com o Modelo SEL

AUTOCONHECIMENTO
(SELF-AWARENESS)

Respeita à capacidade de ir conhecendo a pessoa que é: as suas emoções, sentimentos, pensamentos e a influência sobre o comportamento. Inclui avaliar os pontos fortes e as limitações próprias e possuir bom senso, confiança e otimismo.

QUEM SE CONHECE...

Desenvolve a capacidade de aprofundar o conhecimento de Si;

Aceita as suas emoções, independente de serem agradáveis ou desagradáveis;

Contribui para identificar sentimentos de baixa autoestima, inquietação, frustração, ansiedade, instabilidade emocional e outros, e pedir ajuda;

Adapta-se a diferentes situações, incluindo as de grande adversidade.

AUTOGESTÃO
(SELF-MANAGEMENT)

Respeita à capacidade de regular e expressar as emoções, pensamentos e comportamentos de forma eficaz, socialmente ajustável em diferentes situações. Inclui saber adaptar-se a situações de stress, controlo de impulsos, capacidade de automotivação, esforço e trabalho para alcançar objetivos pessoais e académicos.

QUEM SABE GERIR...

Organiza a participação;

Responde após reflexão;

Executa responsabilmente as decisões.

**CONSCIÊNCIA SOCIAL
(SOCIAL AWARENESS)**

Respeita à capacidade de desenvolver a empatia, assumir a perspetiva dos outros, de diversas origens e culturas, compreender as normas sociais e éticas orientadoras do comportamento e reconhecer a família, a escola e a comunidade como recursos e fontes de suporte.

QUEM TEM CONSCIÊNCIA SOCIAL...

Conhece e participa na vida da sua comunidade;

Reconhece a importância do ambiente no desenvolvimento das pessoas;

Compreende as necessidades dos outros e contribui para a sua minimização;

Reconhece as diferenças sociais, económicas, religiosas, artísticas e políticas da sociedade e respeita-as.

**RELAÇÃO INTERPESSOAL
(INTERPERSONAL SKILLS)**

Respeita à capacidade de estabelecer e manter relacionamentos diversificados saudáveis e gratificantes com indivíduos e grupos. Pressupõe comunicar com clareza, ouvir ativamente, cooperar, resistir à pressão dos pares e social, saber negociar de forma construtiva os conflitos, oferecer e procurar ajuda, quando necessário.

QUEM TEM BOM RELACIONAMENTO...

Com os/as colegas, desenvolve a amizade e o espírito de equipa;

Com a escola, é mais produtivo/a e cria com ela uma referência para toda a vida;

Com os/as docentes, revela maior satisfação e aprecia os seus mestres.

**TOMADA DE DECISÃO RESPONSÁVEL
(DECISION MAKING)**

Respeita à capacidade de fazer escolhas construtivas e positivas sobre: o comportamento pessoal e interações sociais com base na análise dos padrões éticos, questões de segurança, normas sociais, avaliação realista das consequências de várias ações para o bem-estar pessoal e dos outros.

QUEM TOMA DECISÕES RESPONSÁVEIS...

Tem informação e sabe analisá-la;

Sabe pesar prós e contras;

Faz escolhas;

Assume o risco.

(Fonte: Carvalho, A., Almeida, C., Amann, G., Leal P., Pereira, F., Lopes, I. (2016). *Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar*. Lisboa: DGS, IPS/ESS, PV, DGS.)

ANEXO II: Distribuição dos 10 Subtemas de acordo com os 5 domínios de acordo com o Modelo SEL

DOMÍNIOS SEL	SUBTEMAS
1 · AUTOCONHECIMENTO (SELF-AWARENESS)	1. Identidade 2. Comunicação
2 · AUTOGESTÃO (SELF-MANAGEMENT)	3. Emoções 4. Autonomia
3 · CONSCIÊNCIA SOCIAL (SOCIAL AWARENESS)	5. Proteção 6. Violência
4 · RELAÇÃO INTERPESSOAL (INTERPERSONAL SKILLS)	7. Escolhas, Desafios e Perdas 8. Valores
5 · TOMADA DE DECISÃO RESPONSÁVEL (DECISION MAKING)	9. Interação 10. Pertença

(Fonte: Carvalho, A., Almeida, C., Amann, G., Leal P., Pereira, F., Lopes, I. (2016). *Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar*. Lisboa: DGS, IPS/ESS, PV, DGS.)