

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**3.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE**

**MENTAL E PSIQUIATRIA**

**INTERVENÇÕES EXPRESSIVAS EM GRUPO  
DE ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO MENTAL**

**Relatório de Projecto de Estágio**

Ana Rita Marques Pena

**2014**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**3.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE**

**MENTAL E PSIQUIATRIA**

**INTERVENÇÕES EXPRESSIVAS EM GRUPO  
DE ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO MENTAL**

**Relatório de Projecto de Estágio**

Ana Rita Marques Pena

Orientador: Professor António Nabais

**2014**

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas que já têm a forma do nosso corpo, esquecer os nossos caminhos que nos levam aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e se não ousarmos fazê-la, teremos ficado para sempre à margem de nós mesmos”.

Fernando Pessoa

## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho não decorreu sempre de forma linear e fácil; pelo que quero agradecer de forma especial a todos aqueles, que à sua maneira, me foram apoiando neste meu percurso e me ajudaram a chegar à “meta”.

Ao Pena, à Céu, à Susana e ao João, luz sempre presente na minha vida, sempre carinhosamente disponíveis, de uma dedicação, compreensão e amor incondicionais;

Aos meus amigos, sempre prontos a ouvir-me e a animar-me;

Aos meus colegas, que sempre me souberam ir incentivando e apoiando;

Aos orientadores de estágio e ao professor orientador pelo ânimo, orientação e disponibilidades que sempre me foram transmitindo;

E por último, agradeço sobretudo aos adolescentes, que permitiram que este projecto se torna-se numa realidade, e me proporcionaram um enorme crescimento pessoal e profissional!

## RESUMO

Tendo em conta que em Portugal é necessário desenvolver respostas adequadas às necessidades de cuidados de saúde mental na infância e adolescência, a realização deste projecto teve como finalidade promover a expressão do sofrimento mental nos adolescentes através de mediadores expressivos. Neste sentido, realizei estágio em duas unidades da Área de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia (HDE), pertencente ao Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHCL); sendo que no Hospital de Dia de adolescentes foi aplicado o *Youth Self-Report* (YSR), a adolescentes que integravam dois grupos terapêuticos, tendo em vista a avaliação do seu sofrimento mental. Os dados obtidos com a aplicação do YSR evidenciam elevados níveis de sofrimento mental em todos os adolescentes, sendo que, todos eles apresentam *scores* globais de psicopatologia muito superiores ao normal; exacerbando, deste modo, a necessidade urgente de intervenção terapêutica nestes adolescentes. Assim, participei e realizei diversas intervenções terapêuticas em grupo de adolescentes, com a utilização de diferentes mediadores expressivos. Os grupos assumiram-se como espaço de partilha de emoções, sentimentos, ideias e opiniões, promotor do desenvolvimento psíquico através dos mediadores expressivos, potenciando a autonomia, individualidade, socialização e aquisição de novas competências nos adolescentes. Para além disso, possibilitou-me o crescimento e desenvolvimento de competências essenciais de enfermeira especialista de enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

**Palavras-chave:** Adolescentes em sofrimento mental, Intervenções terapêuticas em grupo, Mediadores expressivos, Competências de enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, YSR.

**ABSTRACT**

Given that in Portugal it's necessary to develop appropriate responses to the needs of mental health care in childhood and adolescence, the realization of this project was focused to promote the expression of mental suffering in adolescents through the use of expressive mediators. In this sense, I did stage in two units of Pedopsychiatry Area in the Hospital Dona Estefânia (HDE), belonging to the Central Lisbon Hospital Centre (CHLC); and in the Day Hospital of teens was applied the Youth Self -Report ( YSR ), in the teenagers who integrated two therapeutic groups, with a view to assessing their mental suffering. The data obtained from the application of YSR show high levels of mental suffering in all teenagers, and they all have global psychopathology scores much higher than normal; exacerbating therefore an urgent need for therapeutic intervention in these adolescents. Thus, I participated and performed various therapeutic interventions in group of adolescents, with the use of different expressive mediators. The groups were assumed as a space for sharing of emotions, feelings, ideas and opinions, promoter of psychic development through expressive mediators, fostering autonomy, individuality, socialization and acquisition of new skills in the adolescents. Furthermore, allowed me the growth and development of core competencies of nurse specialist nursing mental health and psychiatry.

**Keywords:** Adolescents in mental suffering, Therapeutic interventions in group, Expressive mediators, Skills of nurse specialist in mental health and psychiatry, YSR.

**Índice**

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>PARTE I</b> .....	12
<b>Problemática, Pertinência e Justificação do Projecto</b> .....	12
<b>Enquadramento Teórico</b> .....	15
Adolescência e Sofrimento Mental .....	15
Intervenções Terapêuticas em Grupo .....	20
Intervenções Expressivas.....	24
<b>PARTE II</b> .....	29
<b>Planificação e Implementação do Projecto</b> .....	29
<b>Apresentação dos Dados Obtidos</b> .....	34
<b>Actividades Desenvolvidas</b> .....	43
<b>Discussão de Resultados</b> .....	48
<b>Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria</b> .....	52
<b>QUESTÕES ÉTICAS</b> .....	55
<b>LIMITAÇÕES DO TRABALHO</b> .....	56
<b>CONCLUSÃO</b> .....	58
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	61
<b>ANEXOS</b>	

**Índice de Tabelas**

Tabela 1 – Identificação e breve caracterização dos adolescentes pertencentes ao grupo 1...34	
Tabela 2 – Identificação e breve caracterização dos adolescentes pertencentes ao grupo 2... 35	
Tabela 3 – Dados relativos à aplicação do YSR ao grupo 1..... 37	
Tabela 4 – Dados relativos à aplicação do YSR ao grupo 2 ..... 38	



## INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório de estágio surge no âmbito do desenvolvimento do projecto efectuado na unidade curricular de Opção II, com o tema - intervenções expressivas em grupo de adolescentes em sofrimento mental, realizado ao abrigo do III Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A problemática escolhida surgiu essencialmente pelo facto de que “em Portugal é urgente desenvolver serviços e programas que permitam respostas de qualidade às necessidades de cuidados da infância e adolescência”, necessidade esta referida no Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016 (2008, p.4), associada à minha área de interesse de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, onde tenho exercido funções desde que me licenciiei em enfermagem.

A escolha pela intervenção em adolescentes com sofrimento mental deve-se à necessidade que existe em intervir nesta faixa etária, e à falta de programas e serviços dirigidos às suas necessidades, de modo a promover a sua saúde mental. De acordo com as Recomendações para a Prática Clínica da Coordenação Nacional para a Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários (2009), a prevalência de perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência foi investigada em vários estudos e, estima-se que 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental. De entre as crianças que apresentam perturbações psiquiátricas apenas 1/5 recebe tratamento apropriado.

Para além disso, dado que sempre exerci as funções de enfermeira em serviços de psiquiatria de adultos e idosos em meio hospitalar, procurei complementar a minha formação, e desenvolvi o projecto no âmbito das intervenções expressivas em grupo de adolescentes em sofrimento mental, com o intuito de adquirir e solidificar competências específicas de enfermeira especialista de saúde mental e psiquiatria.

A escolha de intervenções expressivas surge de um gosto pessoal pela criatividade, pelo uso de mediadores expressivos, por ser algo em que me revejo, tendo ao longo do meu desenvolvimento pessoal adquirido conhecimentos no âmbito da música, da dança e do desenho. Para além disso, a expressão é libertadora de energias contidas, diversas vezes desconhecidas da própria pessoa e desencadeadora de um processo que, de forma geral,

contribui para o desenvolvimento harmonioso do sujeito e em alguns casos para a sua re-educação e re-construção (Leite & Malpique, 1986).

A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a idade adulta. De acordo com Meleis (2010), o enfermeiro facilita os diversos processos de transição vividos pelas pessoas. Para tal, o enfermeiro possui conhecimentos e usa recursos que lhe possibilitam, em parceria com a pessoa, tomar decisões acerca das melhores formas para atingir os objectivos pretendidos. O grupo é um meio facilitador na transição de papéis, dado que cria oportunidades de relação e comunicação, que permitem experienciar, moldar e definir papéis.

Assim, este projecto teve como **finalidade** promover a expressão do sofrimento mental nos adolescentes através de mediadores expressivos.

Os **objectivos** delineados são:

- Avaliar o sofrimento mental em adolescentes;
- Promover a expressão do sofrimento mental dos adolescentes através de intervenções terapêuticas em grupo, recorrendo ao uso de mediadores expressivos;
- Desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

A estratégia delineada para alcançar a finalidade descrita anteriormente, e para o desenvolvimento das competências de enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, foi a dinamização de intervenções expressivas em grupos de adolescentes. A realização de grupos terapêuticos é considerada um projecto complexo e importante devido aos resultados positivos que traz para as pessoas que deles fazem parte, e pelo desenvolvimento humano e teórico que proporciona aos profissionais (Souza et al., 2004).

De modo a alcançar estes objectivos que estabeleci realizei estágio em duas unidades de saúde pertencentes à Área de Pedopsiquiatria do HDE, CHLC, nomeadamente numa Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria e numa Unidade de Hospital de Dia; permitindo-me dois contextos diferentes de acompanhamento dos adolescentes (internamento e ambulatório). O internamento foi o primeiro contacto com os adolescentes, permitiu-me desenvolver competências no âmbito da relação terapêutica e participar em actividades

terapêuticas de grupo, ao passo que no ambulatório, desenvolvi intervenções terapêuticas em dois grupos de adolescentes.

Por último, o relatório está estruturado do seguinte modo: na primeira parte é apresentada a problemática, pertinência e justificação do projecto e é apresentado um enquadramento teórico acerca da temática em questão (adolescência e sofrimento mental, intervenções terapêuticas em grupo e intervenções expressivas). A implementação do projecto, dados obtidos, actividades desenvolvidas, discussão dos resultados e as competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria surgem na segunda parte do trabalho. Por último, são abordadas as questões éticas, limitações do trabalho e considerações finais.

## PARTE I

### **Problemática, Pertinência e Justificação do Projecto**

Actualmente, as perturbações mentais são consideradas o principal problema de saúde pública na Europa, e um dos principais a nível mundial, afectando todos os grupos etários. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), na publicação de *Caring for children and teenagers with mental disorders* (WHO, 2003) é possível identificar que os transtornos mentais na infância e adolescência ocorrem com elevada frequência. A OMS estima que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresenta pelo menos uma perturbação mental antes de chegar os 18 anos de idade (WHO, 2000 e 2008).

O Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016 (2008, p.4) refere que “em Portugal é urgente desenvolver serviços e programas que permitam respostas de qualidade às necessidades de cuidados da infância e adolescência”; sendo que este plano tem como um dos valores fundamentais a “protecção dos grupos especialmente vulneráveis (...) crianças, adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com incapacidade, devem ser tomadas em consideração”(p.24).

Na mesma linha de pensamento, o Relatório Proposta de Acção para a Restruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016 (2007), sublinha a importância de dar prioridade e disponibilizar fundos apropriados para a saúde mental de bebés, crianças e adolescentes, incluindo estas medidas nos planos nacionais como parte das políticas de saúde pública, uma vez que, as unidades de saúde direccionadas para a Saúde Mental da Infância e Adolescência em Portugal são muito escassas.

Hoje em dia, segundo o relatório da Rede de Referenciação Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência de Portugal (RRHPIAP) (2012), verificam-se diversos motivos relevantes para se investir no desenvolvimento de intervenções válidas de saúde mental para crianças e adolescentes dado que: as perturbações mentais desta faixa etária acarretam grandes despesas à sociedade, sendo que algumas delas são próprias de determinadas etapas do crescimento, pelo que os projectos e intervenções face a essas perturbações devem ser direccionados para a etapa em que se verifica maior probabilidade da sua incidência, de modo a diminuir o seu impacto negativo; para além disso, salientam, que se verifica um importante grau de continuação entre muitas perturbações da infância, e sobretudo entre as da adolescência, e as da idade adulta, sendo que a intervenção precoce poderá evitar ou atenuar a probabilidade de incapacidade no futuro; por último, a par do que também já havia sido descrito no Livro Verde (2005), mencionam que as intervenções eficazes diminuem a despesa

no âmbito das perturbações de saúde mental, não só para a própria pessoa e para a sua família, mas igualmente para os sistemas de saúde e para as comunidades.

Observando o que é frequentemente referido sobre a importância a nível da prevenção dos programas de saúde mental infantil e juvenil, estes dados remetem-se como indicadores do grande défice que existe no âmbito da prevenção e intervenção precoce nas questões de saúde mental em Portugal.

A RRHPIA (2012) menciona os estudos de Newman e colaboradores (1996) e de Kessler e colaboradores (2007), onde estes apontam que muitas das doenças psiquiátricas que os indivíduos apresentam na idade adulta têm início antes dos 18 anos. Para além disso, também é mencionado, que se verificam diferenças de prevalências das perturbações mentais na infância e nos primeiros anos da adolescência, com as Perturbações de Oposição e a Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção a diminuírem com o desenvolvimento da pessoa, enquanto as Perturbações da Ansiedade, do Humor e do Comportamento aumentam na adolescência.

Os estudos de revisão de Feitosa, Ricou, Rego, & Nunes (2011), vão de encontro a esses dados, e referem que a prevalência estimada de transtornos psiquiátricos na infância e adolescência em estudos epidemiológicos internacionais apresenta vasta variação, entre 1%-51%. Apesar das limitações metodológicas dos estudos que investigam a prevalência desses transtornos em diferentes culturas (instrumentos, definições de transtornos), diversas investigações indicam taxas entre 9% e 16% em países desenvolvidos e referem que os transtornos mentais na infância e adolescência são importantes, na medida em que induzem sofrimento aos jovens e aos que com eles convivem, e também porque interferem no desenvolvimento psicossocial e educacional, com o potencial de gerar problemas psiquiátricos e de relacionamento interpessoal na vida adulta.

Todos estes dados evidenciam e fortificam a necessidade de intervenções terapêuticas no âmbito da saúde mental na adolescência, com o objectivo de tratar ou atenuar os efeitos negativos da doença a longo prazo.

Desta forma, justifica-se a necessidade de intervenção do enfermeiro, de modo a promover e facilitar uma transição de papéis equilibrada e ajustada nesta etapa do desenvolvimento do adolescente em sofrimento mental. A Ordem dos Enfermeiros (2010) considera que, a planificação de intervenções terapêuticas é um processo de aprendizagem

essencial, referido no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental.

Durante a adolescência, o grupo possui uma relevância muito grande, pois o grupo apresenta-se como um espelho, no qual o adolescente vê reflectido no seu semelhante os seus próprios problemas. Assim, é possível ao adolescente no grupo, e através do próprio grupo, trabalhar as suas dúvidas, testar novos papéis, organizar os seus lutos, sentir-se seguro e ir concebendo a sua identidade adulta (Verzignasse & Térzis, 2008).

As intervenções terapêuticas em grupo para adolescentes mostram-se bastante funcionais, sendo a intervenção terapêutica mais adequada para esta faixa etária, uma vez que os adolescentes tendem a andar em grupo, aprendendo uns com os outros, e parecem confiar mais nos pares do que nos adultos (Ferraz, 2009).

Na intervenção terapêutica em grupo, as interacções utente-utente e as interacções utente-terapeuta, são utilizadas à medida que ocorrem no *setting* do grupo, sendo utilizadas de modo a realizar alterações no comportamento desadaptado de cada um dos elementos do grupo. Deste modo, o uso de técnicas de intervenção específicas pelo terapeuta, tal como o próprio grupo, são utilizados como instrumento transformador. Este é considerado o potencial terapêutico único do grupo (Vinogradov & Yalom, 1992).

## **Enquadramento Teórico**

No enquadramento teórico acerca da temática do trabalho desenvolvido irei abordar os temas: adolescência e sofrimento mental, intervenções terapêuticas em grupo e intervenções expressivas.

### **Adolescência e Sofrimento Mental**

As transformações sociais, políticas, económicas e familiares que têm ocorrido na sociedade ao longo dos tempos levaram a que o conceito de adolescência tenha sofrido algumas alterações. Actualmente, e atendendo a toda a sua complexidade, a idade da adolescência estende-se, cada vez mais, por um período de tempo cada vez maior (Gomes-Pedro, 1999), levando a que o ingresso na idade adulta seja mais tardio.

A adolescência é um período marcado por inúmeras transformações, sendo um período distinto e com características próprias. Este período pode ser definido de várias formas, e cada autor considera uma idade de início, sendo que o seu limite também é difícil de se definir.

A adolescência tem origem no latim *adolescere*, que significa crescer e corresponde ao período de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizado por rápidas e profundas transformações, físicas, cognitivas, sociais e emocionais (Hockenberry, 2006).

Garcia (2010) refere que a adolescência é muito mais do que uma categoria etária, sendo “estrutura aberta”, marcada pela maior flexibilidade entre instâncias psíquicas, entre a identificação e a “des-identificação” nas suas diferentes formas, entre o eu e o outro.

A adolescência pode ser compreendida como uma situação-limite, dado que representa o momento de transição da vida infantil para a vida adulta, sendo também o momento em que novos aspectos pulsionais emergem, modificando a dinâmica psíquica e colocando em risco a relação da pessoa (adolescente) com a alteridade interna (relação entre os espaços intrapsíquicos) e com a alteridade externa (relação entre os espaços intersubjetivos) (Cardoso, 2001).

De um modo geral, considera-se que a adolescência vai sensivelmente dos 12 aos 20 anos (Papalia, Olds & Feldman, 2001), sendo que para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011), a adolescência corresponde ao período dos 10 aos 19 anos.

Papalia, Olds & Feldman (2001, p. 508) definem adolescência como sendo “ uma transição desenvolvimental entre a infância e a idade adulta, que implica importantes mudanças interrelacionais ao nível físico, cognitivo e psicossocial”. A adolescência é pautada por múltiplas escolhas para o adolescente, onde se vai desenhando a sua identidade e identificação sexual.

“Num mundo de incertezas e de (re)definições constantes, ela traduz-se por uma vivência de angústia, de medo e de incerteza, face às mudanças, quer físicas, quer psíquicas, que ocorrem sistematicamente e a uma velocidade alucinante, que o adolescente tem muitas vezes dificuldade em acompanhar. (...) O desejo de ter experiências novas coexiste com o sentimento de invulnerabilidade (que procura esconder a vulnerabilidade) e com o desejo de testar tais limites. Há assim uma intensa necessidade de investir a realidade externa, de procurar um “território” longe do colo parental, que não mais satisfaz totalmente. Surge então o grupo de pares, seres diferentes, mas iguais, que se ajudam mutuamente nesta fase de conquista. Este grupo passa então a ter uma importância muito grande (...)” (Silva & Deus, 2005, p.151).

Gallatin (1978) refere que o período da adolescência é marcado pela integração das vivências passadas, pelo crescimento de um sentido de individualidade e pela compreensão gradual do próprio destino.

Na teoria do desenvolvimento, Erikson (1976) considera que a tarefa primordial do adolescente é construir um sentido de identidade (do “Eu”), orientando-se para a definição do seu papel ocupacional e sexual.

Deste modo, a adolescência é caracterizada por momentos em que as dúvidas e as incertezas parecem invadir o adolescente, numa altura em que se pretende ser firme, em conquistar a autonomia, em construir uma identidade e em elaborar projectos para o futuro. Compreender o adolescente com as suas diferentes características não é uma tarefa fácil, porque cada adolescente é único na sua vivência deste período de desenvolvimento.



A Teoria das Transições de Meleis proporciona um entendimento das transições no desenvolvimento e de saúde/doença a que os adolescentes estão sujeitos. Os adolescentes em sofrimento mental apresentam maiores riscos, como por exemplo, gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis, insucesso escolar, consumo de substâncias ilícitas e delinquência.

O termo transição provém do latim *transitiōne* que significa mudança, transpor de uma situação, tema, fase ou local para outro (Abreu, 2011). Bronfenbrenner (2005) descreve transição como a passagem de uma realidade, ou de uma situação, para outra, durante o ciclo de vida.

Segundo Meleis (2010), transição é o início de um processo de mudança, levando à passagem de um estado de estabilidade para outro estado de estabilidade, ou seja, é o processo intermédio de passagem entre dois estádios de estabilidade. O processo inicia-se assim que um evento ou uma mudança é antecipada, e vai exigir a quem a vivencia a incorporação de novos conhecimentos, a alteração de comportamentos e a mudança da definição de si próprio em contexto social, sendo que a transição para a adolescência é considerada um destes processos.

Quando a pessoa (adolescente) vivencia situações de stresse e desequilíbrio, tem de mobilizar os seus recursos internos e externos de forma a enfrentar o problema e a resolvê-lo adequadamente na transição que está a ocorrer, sendo desta forma possível adaptar-se.

A forma como os adolescentes e suas famílias compreendem as experiências, e as respostas que elaboram nos períodos de transição, dependem também da vulnerabilidade de cada um. Por sua vez, a vulnerabilidade está relacionada com a experiência de transição, a interação e as condições ambientais que expõem o adolescente a um potencial dano, a recuperações alargadas ou problemáticas e a um *coping* atrasado ou não saudável. (Meleis et al., 2000).

Segundo os mesmos autores as transições podem ser agrupadas da seguinte forma: saúde-doença (por exemplo: diagnósticos, procedimentos cirúrgicos e reabilitação); desenvolvimental (por exemplo: gravidez, parentalidade, adolescência, envelhecimento); situacional (por exemplo: migração, reforma); e organizacional (por exemplo: emprego).

As transições são o resultado, e decorrem de mudanças na vida; os processos de transição apresentam um padrão de multiplicidade e complexidade, podendo cada pessoa, neste caso adolescente, vivenciar mais do que uma transição simultaneamente.

A teoria das transições de Meleis serve de referência, uma vez que, o adolescente quando apresenta uma alteração a nível da sua saúde mental, encontra-se numa situação de várias transições. Estas são: desenvolvimental, saúde-doença e por vezes situacional (por exemplo se ocorre internamento). O adolescente/família encontrando-se numa transição, ou conjunto de transições, está mais vulnerável aos riscos e por sua vez pode agravar o seu estado de doença (Meleis et al., 2000). Compreende-se assim, que adolescentes em sofrimento mental apresentam grandes dificuldades em efectuar transições bem-sucedidas.

Para que o adolescente/família se adapte melhor a ultrapassar todo o processo de doença, deve procurar informação e suporte para gerir de forma mais positiva e gratificante a sua emocionalidade. Os enfermeiros são os principais cuidadores do adolescente/família neste processo de transição, que no seu cuidar, atendem às mudanças e às alterações que estas acarretam na vida diária dos mesmos. O enfermeiro cuida do adolescente em parceria com a família, preparando-os para as transições eminentes e facilitando o processo de aprendizagem de novas competências para a saúde e experiência de doença (cuidados antecipatórios) (Meleis et al., 2000). Para tal, tem de compreender a vivência do adolescente, tem de ser detentor de um conjunto de competências, de habilidades de comunicação, estar desperto às mudanças e exigências impostas pela transição.

Quando os indivíduos não estão preparados adequadamente para a experiência de transição, por apresentarem problemas (desempenho de papel insuficiente), as intervenções terapêuticas do enfermeiro ocupam o lugar de desempenho de papel suplementar (Meleis, 2010). Assim, adolescentes em sofrimento mental, têm um desempenho de papel insuficiente, encontrando-se desajustados. O desempenho do papel suplementar por parte do enfermeiro pode ser efectuado de diversas formas, tal como, através da intervenção em grupos terapêuticos.

Neste projecto, o adolescente encontra-se numa transição de doença (sofrimento mental), que através das intervenções expressivas em grupo se pretende transformar em bem-estar, facilitando também uma transição saudável entre a adolescência e a idade adulta.

A adolescência, por ser um período particularmente abastado em acontecimentos desestabilizadores, dado ser um período marcado por diversas definições e conflitos no âmbito sexual, escolar, social e familiar, coloca aos adolescentes questões às quais, alguns deles, não têm capacidade de resposta ajustada, determinando por vezes, o aparecimento do sofrimento mental com eventual possibilidade de instalação de quadros psicopatológicos.

As principais queixas apresentadas por pais de adolescentes em sofrimento mental são: agressividade, dificuldades de aprendizagem, baixa tolerância à frustração e/ou dificuldade de controlo de impulsos, desinteresse pela escola, agitação, nervoso/irritável, dificuldade nos relacionamentos sociais e/ou familiares, rebeldia/desobediência, inibição/introversão e comportamentos característicos de depressão e/ou tentativa de suicídio (Alencastre & Moreno, 2003).

De acordo com Silva & Deus (2005), quanto maior é o grau de saúde mental do adolescente, mais estratégias saudáveis este terá para poder lidar com a ansiedade, com a angústia e com a fragilidade resultante da transição que está a atravessar, possibilitando-lhe canalizar estes sentimentos para algo produtivo, garantindo-lhe um desenvolvimento saudável. Loureiro et al. (2012) referem a importância da literacia em saúde mental de adolescentes e jovens, evidenciando que, quanto melhores forem as capacidades cognitivas e sociais dos indivíduos para terem acesso à compreensão e utilização da informação que promova e mantenha a sua saúde mental, menor será o seu grau de vulnerabilidade face à doença, e apresentaram um maior desenvolvimento de competências necessárias para o seu *empowerment*.

Contudo, para adolescentes, que por diversos factores, se encontrem fragilizados neste período do desenvolvimento, verificar-se-á uma agravamento dos seus sentimentos negativos, podendo observar-se o recurso a comportamentos de substituição, com o intuito de alcançar uma zona de ilusão, onde o alívio desses sentimentos é possível.

A origem dos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes encontra-se relacionada a diversos factores: violência; determinismo genético; doenças cerebrais; perda de pessoas significativas; acontecimentos stressantes; adopção; problemas no seu crescimento; e também questões sociais e culturais que se podem reflectir de modo considerável no seu desenvolvimento. O número e/ou características de incidentes negativos oriundos da família são tidos como especialmente prejudiciais ao desenvolvimento do indivíduo, sendo que este aspecto é tido como um factor que predetermina problemas a nível do comportamento do adolescente (Feitosa, Ricou, Rego, & Nunes, 2011).

No desenvolvimento humano, tendo por base a perspectiva ecossistêmica, os comportamentos de um indivíduo devem ser compreendidos não apenas pelo que ele é, devendo-se ter em conta, as diversas relações que ele estabelece, numa troca constante, com os diversos ambientes ou níveis ecológicos em que está incluído, que regulam (diminuindo ou aumentando) o nível de realização do seu potencial genético. O desenvolvimento humano resulta assim, da correlação que se institui entre a hereditariedade e o ambiente ecológico, sendo um fenómeno de continuidade e transformação nas particularidades biopsicológicas dos seres humanos como indivíduos e como grupos; que não pode ser compreendido à margem das circunstâncias quotidianas e dos contextos em que tem lugar, porque a criança não cresce no “vazio”. A integração ou a inadaptação dos adolescentes não subsistem fora dos contextos sociais e remetem, inevitavelmente, para ambientes reais, que a perspectiva ecológica ajuda a compreender (Bronfenbrenner, 2005).

As alterações do comportamento, com origem no sofrimento mental dos adolescentes podem manifestar-se de diferentes formas. López-Soler et al. (2009) referenciam diversos estudos de Achenbach e Edelbrock com crianças e adolescentes que contribuíram para a criação empírica de taxonomias em psicopatologia infantil. Os autores recorrem aos termos *sintomas internalizantes e externalizantes* para juntarem comportamentos que, apesar de possuírem uma origem idêntica – sofrimento mental, expressam-se de diferente forma. Consideram que a manifestação dos *sintomas internalizantes* é associada a situações de queixas somáticas, retraimento, ansiedade-depressão, sendo consideradas manifestações autodirigidas. Pelo contrário, consideram os *sintomas externalizantes* manifestações dirigidas para “fora” do próprio, tais como agitação psicomotora, agressividade verbal e física e comportamentos de desobediência e delinquência.

### **Intervenções Terapêuticas em Grupo**

Meleis (2010) refere que podemos utilizar adequadamente diversas teorias na análise das transições e no desenvolvimento de intervenções terapêuticas que facilitem essas mesmas transições que os indivíduos estejam a vivenciar.

Aristóteles refere-se ao homem como um “animal social”, que necessita de aliados para se tornar uma força de resistência, sendo que desde o nosso nascimento que o grupo é parte integrante da nossa vida na unidade familiar, depois na turma da escola, nos colegas de trabalho, em actividades de lazer, etc. Deste modo, o homem vive integrado em diferentes

inter-relacionamentos grupais, possuindo um conjunto de ideologias, ambições, identificações, valores, aptidões e necessidades básicas com as quais ele tem de coexistir. Na realidade, o homem passa grande parte do tempo na interação com outros elementos dos diversos grupos que pode integrar, vivendo numa constante dialéctica entre a procura da sua identidade própria e de uma identidade grupal e social (Zimerman & Osório, 1997).

Na intervenção terapêutica em grupo as interações utente-utente e as interações utente-terapeuta são utilizadas à medida que ocorrem no *setting* do grupo, sendo utilizadas de modo a realizar alterações no comportamento desadaptado de cada um dos elementos do grupo. Deste modo, a uso de técnicas de intervenção específicas pelo terapeuta, tal como o próprio grupo, são utilizados como instrumento transformador. Este é considerado o potencial terapêutico único do grupo (Vinogradov & Yalom, 1992).

Por estes motivos, e também por aspectos de carácter económico, o *setting* de grupo tem vindo a ser utilizado com maior frequência, quer por profissionais de saúde mental, quer por leigos. Assim os grupos são utilizados em diferentes circunstâncias, por exemplo a nível pedagógico, terapêutico, sociocultural, lúdico e de trabalho, apresentando diversas especificidades, sendo que o seu líder pode ser ou não um profissional.

Na linha de pensamento de Zimerman e Osório (1997) o grupo não é apenas o somatório dos elementos que o constituem. O grupo possui uma identidade exclusiva, com normas e mecanismos próprios, onde se verifica uma organização hierárquica de posições e papéis, bem como um objectivo comum. É de realçar a importância de ser preservada a segurança, o respeito e a identidade individual de cada um dos elementos do 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. A intervenção terapêutica em grupo utiliza factores terapêuticos específicos. De modo a compreendermos os percursos idênticos pelos quais os grupos auxiliam os seus membros a mudar, devemos saber reconhecer esses factores específicos. Este aspecto permite-nos ainda entender o que ocorre com cada elemento dentro do mesmo grupo. Vinogradov & Yalom (1992), apresentam-nos uma lista de onze factores terapêuticos necessários no processo terapêutico em grupo, que operam numa interligação dinâmica entre eles e que funcionam como instrumentos promotores de mudança. Os onze factores descritos na literatura são: instilação de esperança, universalidade, informação, altruísmo,

recapitulação correctiva do grupo familiar primário, modelagem, desenvolvimento de competências sociais, coesão, aprendizagem interpessoal, factores existenciais e catarse.

Também Stuart & Laraia (2002) referem que a coesão do grupo é um factor terapêutico essencial para a eficácia do grupo, pois sem ela dificilmente surgirão outros factores terapêuticos no grupo, e influencia directamente a durabilidade e o êxito do grupo. A permanência dos elementos no grupo encontra-se relacionada com a atracção dos membros pelo grupo e com a satisfação que recebem.

Outro factor terapêutico, a universalidade, permite combater a crença irracional de que se é o único a ter aquela dificuldade (Vinogradov & Yalom, 1992). Desta forma, é essencial que na intervenção em grupo se fomente a partilha de comportamentos e ideias camufladas, como meio de socialização e aceitação, para que os adolescentes saibam que não estão sozinhos e que muito do que experienciam é compartilhado por outros elementos do grupo (Zimmerman & Osório, 1997).

Segundo Vinogradov & Yalom (1992), no grupo é desenvolvido o altruísmo, dado que ao darem apoio ao outro, isto lhes suscita um sentimento de utilidade e conseqüente valorização pessoal. Por exemplo, quando um adolescente consegue contribuir para que o outro elemento do grupo se sinta melhor, encontra-se em melhores condições para também o conseguir alcançar.

Para os mesmos autores, a intervenção em grupo é um meio facilitador da libertação de emoções – a catarse, uma vez que o grupo ao desempenhar um papel de suporte ao mesmo tempo que também é o local onde se dá a experiência emocional reparadora, possibilita a revelação de emoções fortes.

O grupo possibilita também o desenvolvimento de competências sociais, sendo um aspecto vantajoso na medida em que poderá possibilitar relacionamentos interpessoais exteriores à experiência grupal, aspecto fundamental para contrariar o isolamento, a vergonha e o constrangimento social (Zimmerman & Osório, 1997). O factor terapêutico modelagem está relacionado com o facto de a aprendizagem poder acontecer na simples observação de uma intervenção terapêutica com um elemento do grupo com problemas idênticos (Vinogradov & Yalom, 1992).

Na adolescência, o grupo passa a ter uma relevância muito grande, pois o grupo funciona como um espelho, no qual o adolescente vê reflectido no outro as suas próprias

dificuldades. Assim, é possível ao adolescente no grupo, e através do próprio grupo, trabalhar as suas dúvidas, testar novos papéis, organizar os seus lutos, sentir-se seguro e ir concebendo a sua identidade adulta (Verzignasse & Térzis, 2008).

Mas, para que isso aconteça, é necessário um tempo, para que o grupo possa estruturar-se enquanto tal, e o grupo de adolescentes não é diferente. Castellar (1987, p. 93) refere que num primeiro momento, os adolescentes estarão muito mais reunidos do que agrupados e poderá surgir o sentimento de desconfiança. Com o passar do tempo, conseguem estabelecer vínculos, trocam experiências, surgem as transferências e assim teremos “um grupo que desenvolverá uma linguagem própria, além de uma forma peculiar de enfrentar problemas e os conflitos”. Segundo Verzignasse & Térzis (2008) através do grupo os adolescentes desenvolvem uma atmosfera de cooperação entre pares, favorecendo as evoluções individuais.

Diversos estudos referem os efeitos benéficos dos programas de intervenção em grupo terapêutico com adolescentes com sofrimento mental. Estes programas contemplam o efeito da partilha entre pares, a promoção da expressão emocional num ambiente de igualdade, tendo como ganhos essenciais na “desmedicalização”, no aumento do sucesso escolar e na melhor integração no grupo de pares (Borras et al., 2009).

O grupo terapêutico encontra-se numa interacção constante, pelo que é um local de partilha de afectos, emoções e opiniões, quer pessoais, quer grupais. Para Guerreiro & Nabais in Vidigal et col. (2005, p.222) “(...) o grupo constitui um espaço facilitador do trabalho psíquico (...) de consolo, satisfação e prazer (...) possibilita uma actividade criativa relacional”. Os mesmos autores realçam que o grupo terapêutico possibilita a observação do comportamento verbal e não-verbal, e a partir daí permite conferir um sentido à interacção que o elemento do grupo desenvolve com os técnicos e/ou com os outros elementos do grupo, dando-nos acesso às suas vivências. Deste modo, trata-se de uma ferramenta única e ideal para trabalhar com adolescentes, pois o grupo possibilita examinar e trabalhar problemas importantes e reais, ao mesmo tempo que estimula o relacionamento interpessoal.

Souza et al (2004) consideram 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, referem que são alvo de crescimento pessoal e teórico, devendo este tipo de intervenção ser divulgada a todos os profissionais, em especial aos que exercem funções na área da saúde mental e psiquiatria.

## **Intervenções Expressivas**

A criatividade e a expressividade artística são consideradas uma propriedade da natureza humana, sendo que o valor da expressividade é reconhecido nas diversas culturas, desde as épocas mais primitivas, onde o homem primitivo recorria aos meios disponíveis para expressar os seus sentimentos e ideias, até aos nossos dias (Ferraz, 2007).

O mesmo autor, refere que apesar de já existir interesse pela ligação entre a terapia e a arte há muitos anos, só a partir da década de 1930 é que alguns psiquiatras se começaram a interessar pelos trabalhos realizados por alguns doentes, essencialmente pessoas com esquizofrenia, procurando estabelecer uma relação entre as suas criações artísticas e a patologia que lhes havia sido diagnosticada. Durante esse período foram sendo efectuadas pesquisas, sendo desenvolvidas e utilizadas diversas técnicas artísticas em terapia. Hoje em dia, são denominadas de intervenções expressivas, constituindo-se numa forma de auxiliar em diversas situações, como a resolução de conflitos, melhoria da auto-imagem, reestruturação emocional, minimização de traumas, superação de obstáculos, desenvolvimento de competências pessoais e treino de habilidades sociais.

Leite e Malpique (1986) referenciam que a expressão é libertadora de energias contidas, diversas vezes desconhecidas pela própria pessoa, e desencadeadora de um processo, que de um modo geral, auxilia no crescimento harmonioso da pessoa, e por vezes na sua re-educação e re-construção.

Ao exprimir-se a pessoa entra em relação consigo mesma e com os outros. Segundo Bucho (2011, p.20):

“Tudo aquilo que sente, pensa e sabe pode ser expresso através de múltiplas formas de linguagem, pelo olhar, pelo movimento, gesto, choro, riso, mímica, desenho, pintura, modelagem, escultura, pelo teatro, pela música, pela dança, pela escrita, pela poesia. A expressão é parte integrante da vida de uma pessoa, de um povo, de uma sociedade, de uma cultura. Todo o ser humano tem potencial para se expressar, quer seja através da expressão artística, quer através de jogos e brincadeiras, o essencial é descobrir como e ampliarmos essa capacidade”.

Ferraz et al. (2009) refere que as intervenções expressivas assentam numa abordagem multidisciplinar, multimodal e integrativa, recorrendo a diversos estilos expressivos, de entre



os quais se evidenciam os artísticos, nomeadamente o movimento e a dança, as artes plásticas, a música e o som, o drama, a escrita, a poesia e as intervenções lúdicas (brincar, o jogo). Estes actuam como meios de expressão, que podem ser utilizados para fins terapêuticos, promovendo o desenvolvimento pessoal e o bem-estar da pessoa.

O princípio básico que une as abordagens de terapia expressiva é a crença de que todas as pessoas têm um "curador interno", ou seja, uma capacidade interna para a cura. Assim, os métodos de intervenção expressiva têm por objectivo estimular e auxiliar esse impulso natural, envolvendo a mente, o corpo e as emoções num contexto de respeito pela natureza de cada pessoa. Assim, a terapia expressiva permite a revelação de pensamentos ou sentimentos quando a verbalização é difícil ou impossível, podendo ajudar na redução do stress e proporcionar relaxamento (Malchiodi, 1999).

A finalidade das intervenções expressivas é promover o bem-estar, munindo a pessoa do maior número de recursos possíveis, aumentando dessa forma o seu campo expressivo, permitindo-lhe maior plasticidade mental, auxiliando-a no despertar e a estimular as suas potencialidades, viabilizando a aquisição de novas competências e promovendo o desenvolvimento do potencial humano (Bucho, 2011). Têm ainda o objectivo de proporcionar um ambiente de liberdade expressiva, baseado num clima terapêutico de aceitação, de tolerância, de abertura a iniciativas e opções de cada pessoa (Ferraz, 2007).

Natalie Rogers (1999) considera que as intervenções expressivas são centradas na pessoa, sendo que o essencial não é o produto final, mas sim todo o processo em si mesmo, o modo como a pessoa vive essa experiência com o intuito de a ajudar a exprimir a sua essência, proporcionando-lhe bem-estar, autoconhecimento, e o seu desenvolvimento pessoal.

Neste tipo de intervenções, o terapeuta apresenta uma postura humanista, sendo flexível e disponível, empático e contentor, atendendo a realidade tal como ela se mostra nesse exacto momento, uma vez que só dessa forma é viável procurar compreendê-la (Bucho, 2011).

Nas intervenções expressivas recorre-se ao uso de diversos mediadores, sendo importante que terapeuta tenha conhecimento sobre diferentes materiais, bem como acerca das suas formas de utilização, uma vez que, cada um deles apresenta características próprias, mobilizando da parte da pessoa participante, diversas áreas de funcionamento, apelando a diversas emoções e sentimentos, que variam de pessoa para pessoa, de grupo para grupo.

Quanto mais materiais o terapeuta conhecer e souber utilizar de modo integrado, maior será o contributo para a ampliação da capacidade de expressão e da criatividade da pessoa que os utiliza. O mediador é tudo o que ajuda na expressão do “eu interior” e na sua relação com o ambiente, possibilitando assim a comunicação e o acesso a determinadas questões que para a pessoa são difíceis de verbalizar; para além disso o mediador promove a relação e o vínculo entre a pessoa e o terapeuta (Ferraz, 2009; Bucho, 2011).

Relativamente aos mediadores, o terapeuta fará as suas escolhas tendo essencialmente em conta o plano terapêutico da pessoa, e os objectivos nele estabelecidos, tendo em atenção os gostos, as necessidades e as potencialidades de cada pessoa.

As intervenções expressivas podem ser utilizadas individualmente ou em grupo, sendo que na prática são mais utilizadas em grupo. Nas intervenções expressivas é dado realce ao papel da pessoa ou grupo, uma vez que a pessoa não é apenas produto do ambiente, sendo responsável pela elaboração do seu plano existencial, optando e construindo o seu próprio futuro (Bucho, 2011).

Nas intervenções expressivas o primordial não é a obra artística, nem a sua qualidade estética, mas sim, a actividade criadora, a experiencia, a expressividade em si e os efeitos emocionais desencadeados por essa experiencia, sendo muito mais relevante descrever do que interpretar. A expressão tem valor somente enquanto dura a actividade e unicamente para a pessoa que se expressa. Não é correcto procurar avaliar ou interpretar, dado que, as intervenções expressivas operam como espelho do mundo interno da pessoa; a pessoa deve sentir-se à-vontade para se exprimir, criando o que quiser, e se quiser, sem que seja efectuada qualquer avaliação acerca do que constrói (Ferraz, 2007).

É essencialmente neste aspecto que as terapias expressivas diferem da arte-terapia, onde segundo Philippini (1998), o objecto de criação é avaliado, ocupando um lugar central, fornecendo informações ao próprio individuo e ao arte-terapeuta, uma vez que, a arte-terapia estabelece ligações entre a produção simbólica e o individuo, enfatizando o papel das manifestações artísticas como registos psíquicos. Este aspecto é também salientado pela Sociedade Portuguesa de Arte-terapia, sendo que a formação de um arte-psicoterapeuta tem a duração de pelo menos cinco anos.

Na literatura são referidos diversos benefícios do uso de intervenções expressivas, nomeadamente: melhoria da comunicação consigo mesmo e com o outro, pois possibilita a

abertura a novas vias de comunicação e de relação; melhoria da comunicação intrapessoal e interpessoal; fomentam a autonomia/independência da pessoa, pois é um processo activo; podem ser utilizados em diversos contextos; promovem a resolução de problemas; promovem o escape das tensões acumuladas e recalcadas; difundem hábitos saudáveis; promovem a melhoria da qualidade de vida; facilitam a adesão da pessoa, dado que tem por base uma participação lúdica, do jogo e da livre expressão; auxiliam na mobilização de pessoas passivas e introvertidas; facilitam o diagnóstico e o levantamento de necessidades da pessoa; difundem a busca da harmonia e do equilíbrio da vida; desenvolvem a espontaneidade e a criatividade da pessoa; promovem a valorização pessoal e o aumento da confiança e auto-estima, estimulando a autonomia e a transformação interna; favorecem a catarse nas situações em que é doloroso exprimir por palavras (Ferraz, 2009).

Estes benefícios são essenciais na intervenção terapêutica em grupo de adolescentes em sofrimento mental, uma vez que estes na maioria das vezes, apresentam dificuldades em exprimir-se verbalmente, quer pelas suas próprias características pessoais, quer pelo processo de doença. Para além disso, o facto de ter por base uma participação lúdica, do jogo e da livre expressão, irá permitir ao adolescente em sofrimento mental, desenvolver a sua criatividade, ser capaz de criar o mundo e reinventá-lo, passando pelos momentos de maior vulnerabilidade, sem que se perca.

Para a pessoa testar os benefícios das intervenções expressivas, não se trata somente de conceber uma obra de arte, de tocar um instrumento ou mover o corpo, mas sim de experienciar, num contexto de intervenção terapêutica, o potencial e a energia criativa que move as pessoas ao auto-conhecimento, ao encontro do equilíbrio e à resolução das suas dificuldades emocionais. Assim, as intervenções em grupo com recurso ao uso de mediadores expressivos, possibilitam a catarse, descrita por Vinogradov & Yalom (1992) como um factor terapêutico.

A expressão é a exteriorização pessoal da vida interior, sendo que nesse sentido as intervenções expressivas integram uma metodologia abrangente de todas as dimensões da personalidade e, em especial, do desenvolvimento afectivo-emocional, orientando-se com especial interesse para os problemas que afectam a criança e o adolescente. Estas intervenções proporcionam ao adolescente um ambiente em que ele se pode expressar livremente, aceitando as manifestações emocionais de várias ordens que ele expressa, canalizando-as ou sublimando-as em actividades que possam compensar as dificuldades com

que se confronta na sua vida. Através das intervenções expressivas criar-se-á ao adolescente um ambiente positivo, inibindo a emergência de comportamentos inadequados e tornando mais provável o sucesso na intervenção com esses mesmos comportamentos (Ferraz, 2009).

Os adolescentes mostram-se perdidos, sem referências e expressam, nos comportamentos agressivos e desafiadores, a angústia e o sofrimento que não conseguem transmitir de outras formas. Enquanto enfermeiros especialistas podemos oferecer ao adolescente a possibilidade de se expressar adequadamente através de intervenções com recurso a mediadores expressivos, permitindo que ele canalize livremente essas energias negativas para essas actividades, dando-lhes sentido. É de salientar, que uso de mediadores expressivos num grupo por si só não resulta para diminuir o sofrimento mental dos adolescentes, sendo necessário existir por base uma relação terapêutica enfermeiro-adolescente baseada nos pressupostos existencial-humanista, bem como uma capacidade de observação, gestão de situações, dar sentido, introspecção e retrospecção do próprio terapeuta.

Este tipo de intervenções terapêuticas expressivas vão ao encontro das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, nomeadamente a nível dos cuidados que o enfermeiro especialista pode prestar no âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, ao indivíduo ao longo da vida (neste caso na adolescência), podendo ser aplicadas em diversos contextos, neste trabalho foi utilizado o contexto de grupo, com o intuito de preservar, melhorar e/ou restaurar a saúde dos adolescentes.

## PARTE II

### Planificação e Implementação do Projecto

Durante a fase final de elaboração do projecto de estágio desloquei-me à Clínica da Juventude, onde funciona o Hospital de Dia de adolescentes, bem como o serviço de Consulta Externa, tendo contactado com uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, que faz parte da equipa do Hospital de Dia dessa instituição, dando-lhe a conhecer as ideias que tinha para o meu projecto, e procurando conhecer a realidade e as necessidades dos adolescentes que utilizam aquele serviço, bem como compreender a dinâmica de trabalho dos profissionais pertencentes à equipa daquela unidade, de modo a organizar adequadamente o meu projecto.

Ambos os serviços da Clínica da Juventude (Hospital de Dia e o serviço de Consultas Externas) partilham o mesmo objectivo em comum, que é ajudar o adolescente em sofrimento. Tendo em conta objectivos que eu tinha delineado para a minha intervenção foi estabelecido que iria permanecer a maior parte do tempo de estágio no Hospital de Dia.

O Hospital de Dia possui uma equipa multidisciplinar, preservando uma articulação com a comunidade, em especial com as escolas, instituições de apoio a crianças e jovens e com a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, sendo que, os diversos técnicos efectuem contactos telefónicos e presenciais com as diversas instituições de modo regular. A intervenção terapêutica é centrada no adolescente, na sua família e na comunidade em que está inserido, tendo por base o projecto terapêutico de cada adolescente. Este projecto terapêutico é estabelecido e discutido em reunião de equipa, bem como com o próprio adolescente e sua família.

O Hospital de Dia funciona como uma ponte entre a unidade de internamento pedopsiquiatria e os recursos comunitários, recebendo também adolescentes referenciados pelas unidades de cuidados de saúde primários. É uma unidade especializada na prestação de cuidados a adolescentes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os treze e os dezoito anos, que estejam a viver situações de grande sofrimento mental. Apresenta como objectivo geral, disponibilizar ao adolescente um meio alternativo ao seu, proporcionando-lhe vários modelos de identificação, num meio estruturado e com objectivos específicos, nomeadamente: promover o reequilíbrio emocional do adolescente; possibilitar ao adolescente manter-se inserido na comunidade; promover a integração escolar; reestruturar a

comunicação psico-afectiva intra-familiar; incentivar a orientação no grupo de pares; estimular actividades para a definição do seu projecto para o futuro; diminuir o tempo do internamento hospitalar; articular com organizações da comunidade.

Para além do estágio no Hospital de Dia de adolescentes, tal como já mencionei anteriormente, também desenvolvi o meu projecto num serviço de Internamento Pedopsiquiatria de Lisboa.

O serviço de Internamento de Pedopsiquiatria, visa o acolhimento, avaliação e intervenção terapêutica nos problemas de Saúde Mental das crianças e adolescentes (até aos 18 anos, exclusive) e suas famílias; nesta unidade são admitidas crianças e adolescentes em situações agudas, estando direccionada para intervenções/programas terapêuticos de curta duração; tem uma lotação máxima de 10 crianças/adolescentes.

Os **objectivos** que delineei no projecto para a minha intervenção nos campos de estágio foram:

- Conhecer a unidade de Internamento de Pedopsiquiatria e a unidade de Hospital de Dia de Adolescentes, os seus recursos, infra-estruturas e redes sociais existentes.
- Desenvolver competências de avaliação, diagnóstico e intervenção no âmbito da enfermagem da saúde mental do adolescente.
- Desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental;
- Implementar intervenções expressivas em grupo terapêutico de adolescentes com *acting-out*.

Foi na unidade de internamento de Pedopsiquiatria que iniciei o percurso de desenvolvimento do meu projecto, tendo sido o primeiro contacto com os adolescentes em sofrimento mental e suas famílias. Este estágio possibilitou-me desenvolver a relação terapêutica com o adolescente e sua família, aprofundar e adquirir conhecimentos no âmbito da pedopsiquiatria, em especial relativamente à fase aguda da doença mental no adolescente.

Para além disso, permitiu-me a participação nas reuniões de equipa, e nas passagens de turno, momentos importantes e enriquecedores, no âmbito da avaliação e discussão de

casos, com vista à delineação de estratégias de intervenção terapêutica adequadas a cada situação clínica.

Neste campo de estágio, também me foi possível, participar activamente nas actividades terapêuticas de grupo desenvolvidas com os adolescentes, tendo-me dado algum apoio, flexibilidade e estratégias, para as actividades de grupo terapêutico que desenvolvi no outro campo de estágio.

Colaborei ainda na transferência de adolescentes do serviço de internamento para o Hospital de Dia, acompanhando-os a eles e às famílias nesta mudança, tendo em vista, a continuidade e a adesão aos cuidados; sendo que, como já tinham uma relação de confiança estabelecida comigo previamente, esta transição era efectuada mais facilmente e de um modo mais securizante.

No projecto de estágio tinha definido que os grupos com os quais iria desenvolver as minhas intervenções no Hospital de Dia, seriam grupos abertos, dado ser essa a metodologia de trabalho do local de estágio, formados por 6-8 adolescentes, com idades entre os 12 e os 16 anos, com necessidades essencialmente relacionadas com o *acting-out*, sendo que os próprios demonstrem interesse em participar no grupo, bem como os seus pais consintam a sua participação no grupo.

No início do estágio em reunião com o meu orientador clínico, e após um conhecimento mais aprofundado da forma de estruturação e prestação dos cuidados no local de estágio foi necessário redefinir os critérios para a formação dos grupos e alterar parcialmente um dos objectivos do estágio, dado que eu iria integrar os grupos formados no Hospital de Dia que são para adolescentes em sofrimento mental no geral, sendo formados grupos com adolescentes que apresentem quer *acting-out* (exteriorização de comportamentos disruptivos, prejudiciais, ou problemáticos que são dirigidos a pessoas e/ou coisas, por ex.: comportamentos delinquentes, *bullying*, comportamentos hiperactivos, impulsivos), quer com adolescentes que possuam uma componente mais internalizante do sofrimento mental.

Deste modo, os dois grupos foram formados por 6-7 adolescentes, com idades entre os 12 e os 17 anos, com necessidades essencialmente relacionadas com o sofrimento mental, sendo que os próprios demonstrem interesse em participar no grupo, bem como os seus pais consintam a sua participação no grupo. Os grupos eram abertos, tinham lugar uma vez por semana, com a duração de 90 minutos, e decorreriam até o final do período de estágio. Para além disso um dos meus objectivos para o estágio foi redefinido, passando a ser: implementar

intervenções terapêuticas expressivas em grupo de adolescentes em sofrimento mental. Estas alterações ao percurso que havia estabelecido foram partilhadas com o professor orientador.

A escolha dos adolescentes foi efectuada pelos diversos técnicos que constituem a equipa multidisciplinar do Hospital de Dia de adolescentes, tendo informado, de acordo com o procedimento habitual e ético, cada adolescente e família e/ou educador dos objectivos do grupo terapêutico bem como do modo de funcionamento do mesmo, de modo a que os pais/responsáveis legais dessem o seu consentimento informado para a sua participação no grupo terapêutico. Alguns adolescentes para além da intervenção em grupo também foram acompanhados em intervenção individual por outros técnicos.

No Hospital de Dia as intervenções terapêuticas mais efectuadas são as terapias de grupo, com vista ao desenvolvimento da auto-estima, auto-confiança, auto-conhecimento, mecanismos de *coping*, *empowerment* e esperança nos adolescentes. Neste âmbito, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria intervém de modo a ajustar as actividades, postura e comunicação, com o objectivo de ir ao encontro das necessidades do adolescente em sofrimento mental.

No início do meu estágio no Hospital de Dia tive conhecimento de que o meu orientador clínico seria um dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, que trabalha como terapeuta de referência de alguns adolescentes e que em parceria com outra enfermeira no Hospital de Dia efectuam intervenções em grupo terapêutico, sendo que eu iria integrar, em conjunto com os dois terapeutas, os seus grupos. O recurso ao casal de terapeutas no grupo é considerada uma mais-valia, pois possibilita o aparecimento de transferências ligadas à reprodução de um casal verdadeiro, com projecções, ideias, fantasias e ambivalências relacionadas com a questão da triangulação edipiana (pai-mãe-filho); ao mesmo tempo, o casal terapêutico é o “porto de abrigo” das inquietações e temores inconscientes de cada adolescente. Através das interpretações, da redefinição, da capacidade de dar sentido, o casal terapêutico proporciona a mudança dos interiores projectados/agidos dos adolescentes, promovendo-lhes uma melhoria nas suas competências de raciocínio, de simbolização, de maturação e desenvolvimento psicológico (Guerreiro & Nabais in Vidigal et col., 2005).

Vinogradov & Yalom (1992) também referem como factor terapêutico do grupo a recapitulação correctiva do grupo familiar primário, sendo que, uma vez que o grupo é constituído por indivíduos passíveis de se experimentarem como irmãos, e pelo líder,



considerado como uma figura paterna, os elementos do grupo podem principiar a interagir com os outros membros do grupo ou com o líder, do mesmo modo que interagem com a sua família, revivendo experiências familiares anteriores. Desta forma, pelo grupo, o indivíduo consegue rectificar determinadas disfunções, alguns papéis e revive-los ajustadamente.

O Hospital de Dia funciona no 1º andar do edifício, das 9h às 16h. Tem um gabinete de enfermagem, um gabinete para a terapeuta ocupacional, uma sala para actividades de terapia ocupacional, um espaço para jogos, sala de reuniões/biblioteca e a sala para as actividades desenvolvidas pelos enfermeiros especialistas em grupo terapêutico. Foi nesta sala que funcionaram ambos os grupos terapêuticos em que participei; é um espaço grande, mas que se encontra bastante preenchido, que dispõe de diversos materiais didácticos, mobiliário (móveis, mesas, cadeiras), boa iluminação, não possuindo boas condições de climatização, dado tratar-se de um edifício bastante antigo e com défices no sistema de aquecimento. O espaço encontra-se parcialmente dividido a meio por um móvel, criando dois espaços distintos, mais acolhedores, que diminuem a dispersão dos adolescentes. Apesar de em pequeno número, também foram realizadas actividades ao ar livre e na cozinha. Vinogradov & Yalom (1992) referem que os *settings* dos grupos terapêuticos é algo bastante importante e de algum modo determinante nos resultados que possam ser obtidos, sendo que podem ser bastante diversos e afectam toda a organização e actividade do grupo.

No princípio do meu estágio os grupos ainda não se encontravam organizados, nem preenchidos, sendo que tal sucedeu nas duas semanas seguintes, o que não possibilitou o início da implementação do meu projecto de acordo com o cronograma (anexo I) que havia traçado. Para além disso, no início do estágio foi feita uma apresentação do meu projecto à equipa multidisciplinar, sendo que o meu projecto visava a aplicação do Questionário de Capacidades e de Dificuldades, versão portuguesa (SDQ-Port), sendo que após discussão em equipa, procurou-se um questionário que fosse mais abrangente, com uma aplicabilidade diferente, mais pormenorizado, de modo a compreender o sofrimento mental dos adolescentes. Foi efectuada nova pesquisa de instrumentos, e feita apresentação e discussão em equipa, tendo-se optado pela aplicação do *Youth Self-Report* (YSR) (anexo II) aos adolescentes pertencentes aos grupos terapêuticos. A aplicação do instrumento de avaliação dos adolescentes estava planeada no cronograma de actividades para as duas primeiras semanas de Outubro, contudo devido, aos contratemplos já referidos na formação dos grupos e na escolha do instrumento a aplicar, tal só aconteceu durante a primeira quinzena de Novembro.

### Apresentação dos Dados Obtidos

De acordo com o estabelecido com o orientador clínico, integrei os grupos de 3ª e 4ª- feira à tarde do Hospital de Dia, que identifiquei como grupo 1 e grupo 2 respectivamente. Ambos os grupos foram iniciados com seis elementos, sendo que um deles, o J.J, fazia parte de ambos os grupos. Mais tarde, em Janeiro, a F.F. integrou o grupo 2. Os dois grupos criados eram grupos abertos com 6-7 adolescentes, e com idades entre os 12 e os 17 anos, tinham lugar uma vez por semana – um grupo à 3-feira à tarde e outro à 4ª-feira à tarde, com a duração de 90 minutos cada por sessão. Em seguida apresento a identificação e caracterização dos adolescentes pertencentes aos grupos terapêuticos (Tabela 1 e 2).

Tabela 1 – Identificação e breve caracterização dos adolescentes pertencentes ao grupo 1.

Nome	Género	Idade	Escolaridade	Contexto Familiar	Outros Aspectos Relevantes
C. A.	Feminino	15 anos	7ºano	Vive com os pais.	Por vezes falta à escola; apresenta comportamentos de auto-mutilação; imaturidade.
C. F.	Feminino	14 anos	6ºano	Vive com a mãe, o pai vive em França, mas mantém contacto regular com a C. e com a mãe.	Não tem ido à escola; algumas dificuldades na aprendizagem; fica em casa a tomar conta da mãe que está doente (SIC); péssimas condições habitacionais; necessidade de intervenção social e da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens.
M. S.	Feminino	17 anos	12ºano	Vive com os pais e duas irmãs.	Já é acompanhada no hospital de dia há mais de um ano; baixa auto-estima.
J. J.	Masculino	16 anos	6ºano	Vive com o pai.	Não frequenta a escola; fica sozinho em casa, dado que o pai vai trabalhar. Mãe pouco presente, com problemas alcoólicos. Já é acompanhado no hospital de dia há mais de um ano. Isolamento marcado, baixa auto-estima.
P. M.	Masculino	16 anos	10º ano	Vive com os pais e com a irmã.	Já é acompanhado no hospital de dia há mais de um ano em acompanhamento individual. A irmã também frequenta o hospital de dia (grupo diferente). Baixa auto-estima, dificuldades na socialização.
P. L.	Masculino	16 anos	6º ano	Vive com a	Não frequenta a escola. Passa

				mãe e a avó. Pai pouco presente, sendo que constituiu outra família.	a maioria do tempo fechado no computador a jogar jogos <i>online</i> . Dificuldades de aprendizagem, isolamento.
--	--	--	--	--	--

Tabela 2 – Identificação e breve caracterização dos adolescentes pertencentes ao grupo 2.

Nome	Género	Idade	Escolaridade	Contexto Familiar	Outros Aspectos Relevantes
R. A.	Masculino	16 anos	9º ano	Vive com os pais e o irmão mais velho.	Por vezes falta à escola; apresenta comportamentos de auto-mutilação; antecedentes de consumos de cannabis; dificuldades de aprendizagem e de interacção social.
J. V.	Masculino	14 anos	6º ano	Vive com os pais.	Por vezes falta à escola; conflitos com os pares; dificuldades na aprendizagem. Já é acompanhado no hospital de dia há algum tempo.
M. P.	Feminino	16 anos	9º ano	Vive com a mãe, o padrasto e o irmão mais novo.	Já é acompanhada no hospital de dia há mais de um ano. Défice cognitivo ligeiro, imaturidade e baixa auto-estima.
A. D.	Feminino	16 anos	9º ano	Vive com a mãe, e um irmão mais novo. O padrasto está na Alemanha. Contacta com o pai regularmente.	Já é acompanhada no hospital de dia há mais de um ano. Internamento em pedopsiquiatria; baixa auto-estima, comportamentos de auto-mutilação.
R. R.	Masculino	17 anos	8º ano	Vive com os pais e o irmão mais novo.	Pai com patologia psiquiátrica; antecedentes de consumos de cannabis e conflitos com os pares; falta à escola frequentemente.
J. J.	Masculino	16 anos	6º ano	Vive com o pai.	Não frequenta a escola; fica sozinho em casa.. Mãe pouco presente, com problemas alcoólicos. Já é acompanhado no hospital de dia há mais de um ano. Isolamento marcado, baixa auto-estima.

Como já mencionei anteriormente o instrumento aplicado aos adolescentes foi o Youth Self-Report (YSR), que é um questionário de auto-avaliação para jovens dos 11 aos 18 anos, construído por Achenbach e seus colaboradores para aplicação na população americana. A versão portuguesa foi traduzida e adaptada por Fonseca e colaboradores em 1994. Este questionário tem como objectivo primordial descrever e avaliar as competências sociais e as alterações de comportamento da criança/adolescente, de modo a alcançar-se a compreensão do jovem sobre si próprio, e também relativamente às suas aptidões ou dificuldades, tanto a nível individual, como a nível grupal.

O YSR é constituído por 119 itens que se agrupam em 8 factores respectivamente. Os 119 itens correspondem a afirmações que os jovens devem classificar com 0 – se a afirmação não é verdadeira, 1 – se a afirmação é algumas vezes verdadeira, ou 2 – se a afirmação é muito verdadeira, tendo em conta os últimos 6 meses. Para além dos 8 factores, Achenbach efectuou ainda análises factoriais de segunda ordem, que permitiram extrair duas categorias – uma categoria denominada de “Externalização” e outra categoria designada de “Internalização”. A primeira corresponde a síndromas cujas dificuldades recaem em conflitos com o mundo exterior, enquanto que os problemas de internalização abarcam essencialmente conflitos com o *self*. Este instrumento possibilita ainda a obtenção do *score* global de psicopatologia fornece também indicações úteis sobre diversos tipos mais específicos de distúrbios, o que pode alargar o seu campo de aplicação.

De acordo com Fonseca & Monteiro (1999) a versão portuguesa do YSR tem qualidades psicométricas aceitáveis e consiste numa ferramenta útil de investigação no âmbito da psicopatologia infantil e juvenil. Os mesmos autores ao efectuaram uma análise das qualidades psicométricas da versão portuguesa deste instrumento, onde se conclui que a solução mais adequada para a população portuguesa parece ser a de 6 factores, ao invés dos 8 factores referidos na versão americana. Tendo em conta este estudo, apresento a minha análise dos dados relativos aos adolescentes pertencentes aos grupos terapêuticos 1 e 2, tendo em conta os 6 factores: Anti-social, Problemas de Atenção/Hiperactividade, Ansiedade/Depressão, Isolamento, Queixas Somáticas e Problemas de Pensamento/Esquizóides; para além de apresentar as categorias de externalização e de internalização, bem como os *score* global de psicopatologia. Para além disso, tenho em conta as indicações dos autores relativamente a diferenciação dos resultados para o sexo feminino e masculino (Tabela 3 e 4).

Tabela 3 – Dados relativos à aplicação do YSR ao grupo 1.

<b>Género Masculino</b>	<b>Ansiedade /Depressão</b>	<b>Isolamento</b>	<b>Queixas Somáticas</b>	<b>Internalização</b>	<b>Problemas de Pensamento</b>	<b>Comportamento Anti-social</b>	<b>Problemas de Atenção/Hiperactividade</b>	<b>Externalização</b>	<b>Score global de psicopatologia</b>
	M* - 5,90 DP* - 4,20	M* - 3,43 DP* - 2,26	M* - 2,35 DP* - 2,32	M* - 11,46 DP* - 6,97	M* - 1,84 DP* - 2,04	M* - 4,51 DP* - 2,05	M* - 5,03 DP* - 2,96	M* - 10,20 DP* - 7,05	M* - 37,85; DP* - 19,85
<b>P. L.</b>	1	9	0	10	0	5	8	13	61
<b>P. M.</b>	12	15	4	31	2	3	8	11	101
<b>J. J.</b>	11	10	0	21	0	7	2	9	80
<b>Género Feminino</b>	<b>Ansiedade /Depressão</b>	<b>Isolamento</b>	<b>Queixas Somáticas</b>	<b>Internalização</b>	<b>Problemas de Pensamento</b>	<b>Comportamento Anti-social</b>	<b>Problemas de Atenção/Hiperactividade</b>	<b>Externalização</b>	<b>Score global de psicopatologia</b>
	M* - 8,00 DP* - 4,89	M* - 4,04 DP* - 2,24	M* - 3,11 DP* - 2,61	M* - 14,85 DP* - 7,81	M* - 2,00 DP* - 2,13	M* - 4,70 DP* - 1,95	M* - 5,77 DP* - 3,10	M* - 8,98 DP* - 9,85	M* - 41,41 DP* - 19,91
<b>C. A.</b>	12	11	7	30	8	12	16	28	121
<b>M. S.</b>	5	9	7	21	3	3	9	12	84
<b>C. F.</b>	3	6	6	15	2	0	3	3	55

Tabela 4 – Dados relativos à aplicação do YSR ao grupo 2.

<b>Género Masculino</b>	<b>Ansiedade /Depressão</b>	<b>Isolamento</b>	<b>Queixas Somáticas</b>	<b>Internalização</b>	<b>Problemas de Pensamento</b>	<b>Comportamento Anti-social</b>	<b>Problemas de Atenção/Hiperactividade</b>	<b>Externalização</b>	<b>Score global de psicopatologia</b>
	M* - 5,90 DP* - 4,20	M* - 3,43 DP* - 2,26	M* - 2,35 DP* - 2,32	M* - 11,46 DP* - 6,97	M* - 1,84 DP* - 2,04	M* - 4,51 DP* - 2,05	M* - 5,03 DP* - 2,96	M* - 10,20 DP* - 7,05	M* - 37,85; DP* - 19,85
<b>J. J.</b>	11	10	0	21	0	7	2	9	80
<b>J. V.</b>	0	3	0	3	0	3	4	7	48
<b>R. R.</b>	6	12	5	23	2	5	8	13	86
<b>R. A.</b>	12	10	3	25	4	6	6	12	89
<b>Género Feminino</b>	<b>Ansiedade /Depressão</b>	<b>Isolamento</b>	<b>Queixas Somáticas</b>	<b>Internalização</b>	<b>Problemas de Pensamento</b>	<b>Comportamento Anti-social</b>	<b>Problemas de Atenção/Hiperactividade</b>	<b>Externalização</b>	<b>Score global de psicopatologia</b>
	M* - 8,00 DP* - 4,89	M* - 4,04 DP* - 2,24	M* - 3,11 DP* - 2,61	M* - 14,85 DP* - 7,81	M* - 2,00 DP* - 2,13	M* - 4,70 DP* - 1,95	M* - 5,77 DP* - 3,10	M* - 8,98 DP* - 9,85	M* - 41,41 DP* - 19,91
<b>A. D.</b>	13	10	2	25	2	1	6	7	74
<b>M. P.</b>	2	8	4	14	3	2	19	21	90
<b>F. F.</b>	14	12	6	32	6	3	10	13	97

Os dados obtidos com a aplicação do YSR aos adolescentes de ambos os grupos terapêuticos evidenciam elevados níveis de sofrimento mental em todos os adolescentes, sendo que, todos eles apresentam *scores* globais de psicopatologia muito superiores ao normal; exacerbando, deste modo, a necessidade urgente de intervenção terapêutica em todos estes adolescentes, sem exceção.

Com estes resultados constata-se também a adequada selecção dos adolescentes para os grupos terapêuticos efectuada pelos diversos técnicos do Hospital de Dia. De alguma forma, os resultados vieram ao encontro do que seria de se esperar, uma vez que, alguns dos adolescentes já se encontravam a ser acompanhados no Hospital de Dia e/ou Consulta Externa, por apresentarem algumas dificuldades já conhecidas.

Todavia, a aplicação deste instrumento possibilitou uma avaliação mais exacta, diferenciada e pormenorizada do sofrimento mental de cada um dos adolescentes em questão, bem como o acesso ao modo como cada um dos adolescentes percepciona este mesmo sofrimento.

Na realidade, a aplicação deste instrumento, clarificou e apresentou em alguns dos adolescentes resultados negativamente acima da percepção que os técnicos tinham relativamente à situação em que esses adolescentes se encontravam, dado que os adolescentes apresentaram *scores* acima dos níveis que os técnicos consideravam antes da aplicação do YSR.

Relativamente à análise dos factores, verificamos que a nível do factor Ansiedade/Depressão, mais de metade dos adolescentes – 7/12, apresentam *scores* elevados, bastante acima dos valores normais, sendo igualmente comum em ambos os sexos.

Braconnier & Marcelli (2000, p.179) expõem que “a depressão e as perturbações do humor depressivo foram durante muito tempo subestimadas nos adolescentes”, devido essencialmente a três factores: o humor depressivo nos adolescentes é muito mais estável do que o que era considerado por vários autores, as diversas e variadas manifestações que pode apresentar na adolescência (podem ser a nível do comportamento – faltas à escola, fugas, iras, delinquência; do âmbito funcional – fadiga, queixas somáticas, nervosismo; e ainda, bulimia, anorexia e adição); o terceiro factor é estabelecer nesta fase do desenvolvimento um diagnóstico imediato. A ansiedade/depressão experienciada pelos adolescentes acarreta consequências negativas quer para os próprios, quer para o meio em que se encontram

inseridos, sendo de salientar: insucesso escolar, risco de suicídio, dificuldades de relação e maior possibilidade de ocorrência de perturbações psiquiátricas na fase adulta.

Para o factor Isolamento constatamos que apenas um dos adolescentes (J.V., pertencente ao grupo 2), não apresenta valores acima dos considerados normais; pelo que quase a totalidade dos adolescentes pertencentes aos grupos terapêuticos (11/12), apresenta valores muitíssimo elevados neste campo.

O isolamento surge descrito no contexto de depressão, pelo que os resultados encontram-se dentro desse pressuposto. Para além disso, o isolamento nos adolescentes também está relacionado com as suas dificuldades e receios na interacção social. Num estudo de Ferreira et al (2013), acerca do isolamento social e sentimento de solidão em jovens adolescentes, os investigadores concluíram que os adolescentes do estudo pertencentes ao grupo isolados-retraídos apresentava um menor nível de integração e de intimidade com os pares.

As Queixas Somáticas são também um factor que apresenta valores bastante evidentes de alterações a este nível, dado que surgem em ambos os grupos (8/12), embora com *scores* mais altos nas adolescentes do sexo feminino.

De um modo geral, a somatização surge mais associada ao sexo feminino, embora não seja exclusiva deste sexo. A somatização tem sido descrita ao longo dos tempos como uma manifestação de conflitos e angústias por meio de sintomas físicos, que não possuem evidência patológica, estando habitualmente associadas a sintomas ansiosos e depressivos (Quartilho, 1993). Este aspecto pode ser transposto para os resultados obtidos, uma vez que alguns dos adolescentes que apresentaram elevados *scores* de ansiedade/depressão, também apresentam elevados *scores* de queixas somáticas. Para além disso, deve-se ter em conta, que as queixas somáticas, indicam muitas vezes dificuldades dos adolescentes em conseguirem dar significado e verbalizar os seus problemas.

Tendo em conta os *scores* elevados apresentados nos três factores descritos anteriormente, a categoria de Internalização apresenta consequentemente *scores* elevadíssimos, muito acima dos parâmetros considerados normais, tanto nos rapazes como nas raparigas; sendo que, a maioria dos adolescentes (9/12), apresentam valores muito significativos neste item. Sendo de salientar, que no global, os adolescentes do grupo 2, apresentam os valores mais elevados. Mais uma vez os dados obtidos são bastante



preocupantes, dado que os sintomas de internalização geram maior sofrimento emocional e subjectivo para a própria pessoa.

O factor relacionado com os Problemas de Pensamento foi onde os adolescentes apresentaram menores *scores*, logo menor grau de problemas; sendo que, apenas 4/12 adolescentes apresentaram alterações significativas neste campo. De entre as alterações apresentadas, elas foram mais evidentes nos adolescentes pertencentes ao grupo 2 (3/7).

Outro dos factores analisados foi o Comportamento Anti-Social, sendo que, este surge com *scores* acima da média em metade dos adolescentes (6/12). Contudo verificam-se diferenças entre os grupos, nomeadamente a nível do sexo, sendo que no grupo 1 este tipo de comportamento é tão frequente nos rapazes como nas raparigas, enquanto que, no grupo de 2, só os elementos do sexo masculino é que evidenciam resultados acima da média dos valores considerados para análise deste factor.

Tendo por base o pressuposto de que os comportamentos anti-sociais dos adolescentes são muitas vezes acompanhados por manifestações depressivas (Almeida et al. In Vidigal, 2005), estes dados vão de encontro ao que seria expectável, uma vez que os adolescentes também apresentaram *scores* bastante elevados no factor de ansiedade/depressão.

Acerca do factor Problemas de Atenção/Hiperactividade, estes surgem com valores bastante acima da média na maioria dos adolescentes (9/12), em ambos os grupos e sexos. Os problemas de atenção/hiperactividade podem resultar de muitos problemas na vida de relação das crianças/adolescentes (com os pais e/ou com os pares), de sistemas educacionais desajustados, ou podem mesmo estar relacionados com outros transtornos comumente encontrados na infância e adolescência; sendo que, os estudos evidenciam uma alta taxa de co-morbilidade entre os problemas de atenção e hiperactividade e os transtornos disruptivos do comportamento (transtorno de conduta e transtorno opositor desafiante), sendo que a taxa de co-morbilidade também é significativa com depressão, ansiedade, dificuldades de aprendizagem e comportamentos aditivos (Rohde, Barbosa, Tramontina, Polanczyk, 2000). Sendo que os resultados obtidos neste estudo também apresentavam *scores* elevados, acima do normal, para alguns destes aspectos associados na literatura aos problemas de atenção/hiperactividade.

Por último, na categoria de Externalização a maioria dos adolescentes (8/12) exhibe, mais uma vez, valores acima dos considerados normais, ainda que, comparativamente com os

valores apresentados na categoria de Internalização, estes valores sejam ligeiramente menos elevados. Verifica-se que, apesar dos *scores* elevados de externalização serem igualmente frequentes quer nos rapazes, como nas raparigas, é nestas últimas que os *scores* atingem os valores mais altos. Os sintomas de externalização são aqueles manifestados de forma claramente comportamental por meio de actos motores, tais como os comportamento anti-sociais e de problemas de atenção/hiperactividade, referidos anteriormente, que de forma geral, geram maior impacto negativo sobre o ambiente.

Os dados obtidos, proporcionaram o conhecimento mais aprofundado e pormenorizado do sofrimento mental de cada adolescente, e do grupo terapêutico em que cada um estava inserido, bem como, permitiram estabelecer estratégias de intervenção terapêuticas adequadas, face às necessidades identificadas em cada adolescente e em cada um dos grupos.

Contudo, é de salientar, que os resultados obtidos, não constituem aspecto único e determinante, no modo como devermos actuar e compreender cada adolescente. Para além disso, existem outros aspectos essenciais a ter em conta, nomeadamente a família, a escola, e o próprio momento da intervenção, uma vez que o modo como o adolescente se encontra no momento da intervenção, e o que ele nos transmite nessa altura, também influencia a escolha do tipo de intervenção terapêutica.

### **Actividades Desenvolvidas**

A dinâmica das sessões de grupo desenvolvia-se numa parte inicial, de “aquecimento” e reencontro do grupo, que ocorria quer na sala de actividades, quer na sala de jogos junto à sala de actividades, onde os adolescentes e os terapeutas jogavam matraquilhos, *ping-pong*, e outros jogos, permitindo aos adolescentes partilhar as suas vivências recentes e significativas, as suas dificuldades, bem como as suas conquistas; no momento seguinte da sessão os adolescentes desenvolviam actividades, recorrendo ao uso de mediadores expressivos, sendo que estas actividades poderiam ser propostas pelos terapeutas, pelos adolescentes, ou influenciadas por algum tema que tivesse surgido na fase inicial da sessão. Durante a sessão procurava-se dar sentido e significado aquilo que era partilhado pelos adolescentes, promovendo um ambiente facilitador, de confiança e organizador. Num último momento promovia-se o pensamento e o comentário dos adolescentes acerca do que se havia desenvolvido durante a sessão, promovendo a consciencialização do adolescente, pois não basta saber o que vai dentro de cada um, é essencial que o terapeuta seja capaz de auxiliar o adolescente a compreender o que se passa no seu interior, proporcionando-lhe entendimento e estruturação das suas emoções, comportamentos e ideias.

Vinogradov & Yalom (1992), referem que o foco sobre o aqui e o agora como aspecto o essencial para o terapeuta, sendo que é a partir do presente, do que emerge no *setting* de grupo que o terapeuta consegue alcançar a participação de todos os membros do grupo, maximizando o potência e a eficácia do mesmo.

Posteriormente às sessões existiam momentos em que eu, com o enfermeiro orientador, e por vezes com outros técnicos, avaliávamos a minha forma de estar na sessão, o desenvolvimento da mesma, o modo como os adolescentes tinham participado na sessão e estruturávamos outras intervenções. Estes momentos de supervisão foram essenciais no meu desenvolvimento pessoal, contribuindo para o meu autoconhecimento e modo de estar na relação terapêutica com os adolescentes durante as intervenções em grupo, aspectos estes essenciais para o desenvolvimento da primeira competência do enfermeiro especialista em saúde mental (Diário da República, 2ª série – N° 35 – 18 de Fevereiro de 2011).

As primeiras sessões tinham como objectivo lembrar as normas do grupo e a sua finalidade (quando um técnico selecciona um adolescente para um grupo terapêutico estas questões são previamente discutidas com o adolescente e família), bem como promover a apresentação de cada um dos elementos do grupo, bem como dos terapeutas, promover a

coesão no grupo, e estabelecer a relação de confiança, essenciais ao bom funcionamento do mesmo. Tal como nos referem Stuart & Laraia (2002), a coesão é um aspecto essencial a ser trabalhado no grupo terapêutico, estando relacionada com a ligação que os diversos membros do grupo têm entre si e com o próprio grupo; num grupo coeso os membros aceitam-se entre si, dão apoio e criam relacionamentos significantes, o que irá proporcionar maiores ganhos para todos os membros do grupo.

As primeiras sessões tiveram de ser mais estruturadas, uma vez que o grupo ainda se estava a conhecer, isto é, o nível de coesão do grupo era menor, não havendo à-vontade entre os diversos elementos do grupo. Foram realizadas algumas intervenções expressivas de apresentação, como por exemplo a criação de um brasão pessoal de cada um dos adolescentes, que reflectia as suas dificuldades, medos, sonhos e projectos para o futuro, que cada adolescente apresentou ao grupo, de modo a ficarem a conhecer-se melhor.

Por forma a promover a coesão, a criatividade, a identidade dos grupos, a interacção entre os seus membros, um dos grupos foi incentivado a escrever e a ilustrar uma história, podendo os adolescentes escolher os mediadores expressivos do seu agrado, sendo que cada elemento do grupo participou de igual modo neste processo, dado que inicialmente cada um fez diversos desenhos sequenciais e depois foram sendo escritos parágrafos, por cada um dos elementos do grupo nos desenhos que haviam feito. O outro grupo efectuou um painel de grupo, recorrendo a diversos mediadores expressivos, sendo que numa fase inicial cada um tinha o seu espaço e criou algo, sendo que posteriormente os elementos do grupo trocavam de espaços entre si e prosseguiram o trabalho que o outro membro do grupo tinha iniciado.

Esta primeira fase, em que se inicia a preparação do trabalho é assinalada por alguma ansiedade nos membros do grupo, relacionada essencialmente com receio de não ser aceite no grupo, pelas normas instituídas e pela adopção de papéis. Stuart & Laraia (2002) referem ainda, que é nesta fase que os factores terapêuticos, como a catarse e a universalidade, começam a surgir.

O uso de diferentes mediadores expressivos, tal como nos referem Ferraz (2009) e Bucho (2011), auxiliou a expressão do “eu interior” dos adolescentes e a sua relação com o ambiente, possibilitando assim a comunicação e o acesso a determinadas questões que para os adolescentes são difíceis de verbalizar; para além disso o uso dos mediadores promoveu a relação e o vínculo entre os adolescentes, e entre estes e os terapeutas.

Nas sessões seguintes, essencialmente no grupo 2, alguns adolescentes apresentaram comportamento hostil para com os terapeutas, ao mesmo tempo que outros elementos se mantinham alheados de toda a situação, permanecendo em silêncio, sendo que entre os membros do grupo a interacção era muito fraca. Perceber a forma de actuação dos terapeutas nestas situações, permitiu-me adquirir estratégias para situações futuras semelhantes; pois, tal como nos refere Benner (2001), as enfermeiras “podem tirar proveito das situações e aprender durante esse período a estabelecer prioridades devido às situações que as marcaram” (p.53). Nestas situações possibilitou-se a expressão de sentimentos pelos adolescentes, procurando-se desmontar toda aquela agressividade, dar-lhe um sentido, promover uma comunicação eficaz e restabelecer um ambiente mais tranquilo para o desenvolvimento das intervenções. Estes acontecimentos permitiram ainda que os membros do grupo compreendessem que as manifestações de raiva e frustração podem ser trazidas para o grupo e nele trabalhadas, possibilitando o amadurecimento e proveito do grupo.

No desenrolar das sessões alguns membros dos grupos apresentavam-me muito apelativos para com os terapeutas, apresentando alguma dependência para a realização de pequenos actos. Yalom (citado por Stuart & Laraia, 2002) refere que alguns dos membros procuram com frequência a aprovação e aceitação do líder, procurarão agrada-lo; contudo, devem ser incitados a interagir mais com os outros elementos do grupo. Os adolescentes com estes comportamentos de maior dependência em relação aos terapeutas, apresentavam baixa auto-estima e auto-confiança, procurando ser aceites e estimados.

Tipos de resistências, como os referidos anteriormente (silêncios, expressão de hostilidade, um grau elevado de dependência do líder, faltar ao grupo-situação que também ocorreu), são considerados comuns nos grupos terapêuticos, e seriam de algum modo expectáveis, tendo em conta os resultados obtidos com a aplicação do YSR, que evidenciavam elevado sofrimento mental dos adolescentes, com elevados *scores* quer na categoria de internalização, quer na categoria de externalização.

Branconnier & Marcelli (2000) referem que cabe ao terapeuta em conjunto com o adolescente desenrolarem o novelo dos diversos significados e sentidos da sua conduta, permitindo que o adolescente alcance ao longo das intervenções terapêuticas uma capacidade de encaixe, compreensão, autodomínio de si mesmo e dos seus comportamentos, e que ao mesmo tempo, se sinta menos subjugado às suas necessidades pulsionais.

Cabe ao terapeuta compreender que estas resistências, ou outras que possam surgir, são um sinal de que o grupo está a desenvolver-se, que se está a chegar à discussão de problemas fulcrais dos membros do grupo, podendo estas resistências advir da ansiedade que isso lhes causa. A gestão das situações de resistências no grupo terapêutico dependem de diversos aspectos, nomeadamente do tipo de grupo, do contrato de grupo e do grau de formação e desenvolvimento pessoal do terapeuta. O combate à conduta resistente, a criação de confiança, a realização de análises e interpretações envolvendo o processo de grupo ou comportamentos individuais e a demonstração de modelos comportamentais mais ajustados são alguns dos métodos que o terapeuta pode utilizar para minimizar as situações de resistência no grupo (Stuart & Laraia, 2002).

No decorrer das sessões procurei sempre permanecer em congruência com os outros terapeutas, ter sentido de humor, uma atitude empática, sincera, criativa, organizada, contentora e de aceitação para com os adolescentes, desenvolvendo a minha capacidade de comunicação assertiva. Tal como refere Zimmerman (1997), procurei ainda, não ter receio de me envolver afectivamente, sem contudo ficar envolvida, ter a aptidão de juízo crítico, síntese e integração, de reflexão acerca das emoções e experiências vividas, respeitando sempre o modo de ser de cada um.

Inicialmente senti dificuldade em gerir e aceitar actividades que não estavam previamente estruturadas, porque de certo modo, devido à escassa prática que tinha destes contextos, as actividades por mim propostas davam-me a sensação de controlo e segurança; contudo, compreendi e consegui adoptar uma atitude não directiva, possibilitando e incentivando os adolescentes na escolha das actividades e dos mediadores expressivos, deixando fluir o que eles nos traziam para as sessões, verificando-se que apresentavam maior grau de satisfação, participação e desempenho, ainda que muitas vezes fosse necessário colaborar e moderar as actividades.

Alguns dos trabalhos desenvolvidos nas intervenções de grupo foram apresentados e discutidos nas reuniões de equipa e partilhados com outros técnicos sempre que fosse considerado relevante para o projecto terapêutico do adolescente.

A nível do estágio no serviço de internamento de Pedopsiquiatria, as actividades que desenvolvi centraram-se na observação e interacção com os adolescentes, na participação e colaboração nas diferentes actividades terapêuticas realizadas, e essencialmente no estabelecimento de uma relação de confiança e segurança com os familiares e adolescentes

que eram propostos, durante a preparação da alta hospitalar, para ingressarem nos grupos terapêuticos do Hospital de Dia; de modo, a facilitar este processo de passagem do internamento para o ambulatório.

As diferentes dificuldades e resistências que foram surgindo nos diferentes contextos das minhas intervenções terapêuticas contribuíram fortemente para o meu desenvolvimento, quer pessoal, quer profissional; sendo que os diferentes incidentes, contribuíram activamente para o meu crescimento, através da reflexão e da discussão acerca destas situações, que efectuei com os orientadores e com os pares.

No desenrolar das diferentes intervenções terapêuticas procurei sempre centrar-me nas necessidades, gostos e capacidades de cada adolescente, tendo em conta o seu projecto pessoal. Para tal, foram trabalhadas as questões que os adolescentes consideravam ser mais significativas para si próprios em cada momento, promovendo um ambiente libertador, de aceitação e flexibilidade no grupo, de abertura a iniciativas e preferências de cada adolescente. Para tal recorri ao uso de mediadores expressivos, na maioria das vezes escolhidos pelos próprios adolescentes, verificando-se, tal como nos refere Ferraz (2009), que os mediadores expressivos contribuem para a adesão dos adolescentes nas intervenções terapêuticas, na melhoria na comunicação e na relação, na promoção da autonomia, na libertação de tensões acumuladas e recalçadas (catarse), tendo sido, essenciais na mobilização dos adolescentes mais passivos e introvertidos, e desenvolvendo a criatividade e a espontaneidade, e consequentemente contribuíram para a resolução de problemas, promovendo a auto-estima e a auto-confiança dos adolescentes.

## Discussão de Resultados

Durante o decorrer das intervenções terapêuticas expressivas com os adolescentes, foram diversas as manifestações de agrado, prazer, bem-estar, pertença e criatividade evidenciadas pelos adolescentes, tendo sido estabelecidas relações proximidade e confiança entre os intervenientes dos grupos, que permitiram a exteriorização de conflitos internos dos adolescentes, num ambiente contendor e estruturante, sendo facilitador da catarse, sem julgamentos e com respeito pela autonomia e singularidade de cada adolescente/família, promovendo a aquisição de comportamentos saudáveis (modelagem), o desenvolvimento de competências sociais e o desenvolvimento psíquico saudável.

Vinogradov e Yalom (1992) relatam que o grupo possibilita aos seus membros libertarem-se do seu habitual modo de funcionamento, encorajando-os a olhar os seus problemas sob outra perspectiva, reflectir e discuti-los com os elementos e terapeutas do grupo; deste modo, na terapia de grupo, o próprio grupo e as técnicas específicas utilizadas pelos terapeutas, funcionam como um instrumento na mudança/transição. “A experiencia de um grupo assemelha-se a um “restaurante” terapêutico, *self-service*, no sentido em que muitos mecanismos diferentes de mudança estão disponíveis e cada paciente individualmente “escolhe” aqueles factores que melhor servem às suas necessidades e problemas” (p.38).

Para além disso, no grupo os terapeutas funcionam como modelos de identificação, bem como os próprios membros do grupo entre si. No grupo verifica-se também a função de espelho, uma vez que, cada elemento do grupo pode reconhecer no espelho dos outros elementos aspectos seus, que estão negados em si próprio (Zimerman, 1997).

Tendo em conta as necessidades dos adolescentes e as indicações dos orientadores de estágio, muitas intervenções foram adaptadas, numa perspectiva não directiva e não tão estruturada como tinha programado inicialmente, através do uso de diversos mediadores expressivos; contudo, mantendo sempre um *setting* terapêutico adequado. Neste sentido, considero que desenvolvi a minha flexibilidade e capacidade de me centrar nas necessidades, aptidões e gostos do outro, aspectos que considero essenciais na intervenção terapêutica.

Acerca da não directividade, Guerreiro & Nabais in Vidigal (2005), referem que é compreendida como um aspecto libertador concedido aos adolescentes nas actividades e temas abordados nas sessões terapêuticas, dado emergirem de modo espontâneo,



possibilitando a expressão sem julgamentos, das emoções, receios e angústias dos adolescentes.

Considero que o espaço do grupo possibilitou trabalhar sobre as dificuldades específicas que os adolescentes apresentavam, actuando de modo facilitador e organizador, auxiliando nas mudanças e crescimento pessoal de cada um, tendo em vista, tal como refere Meleis et al (2000), que as transições que está a vivenciar, ocorram de um modo mais natural e ajustado.

Durante o desenvolvimento das sessões terapêuticas os adolescentes foram apresentando algumas resistências, nomeadamente, e tal como já referi, silêncios, hostilidade, dependência, ausências e até abandono; sendo que, não foi fácil lidar com este tipo de expressividade do sofrimento mental dos adolescentes, mas que tal como já mencionei, foram momentos de grande aprendizagem, dado terem-me possibilitado adquirir estratégias para lidar com situações idênticas no futuro.

Nos momentos de reunião, após a realização das sessões terapêuticas de grupo, que tive com os outros terapeutas, espaço esse onde foi possível discutir e reflectir acerca dessas experiências, contribuiu significativamente para eu me compreender e consciencializar acerca das minhas dificuldades e potencialidades, do modo como estabelecia a relação terapêutica, possibilitando-me um maior grau de autoconhecimento e crescimento pessoal e consequentemente profissional, aspectos estes essenciais no desenvolvimento da primeira competência do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria (Diário da República, 2ª série – Nº 35 – 18 de Fevereiro de 2011).

As ausências que foram frequentes em alguns elementos dos grupos, o abandono dos grupos, por dois dos elementos, e a entrada de novos membros, dificultaram o estabelecimento de algumas relações de confiança, prejudicando o crescimento dos grupos no geral, e afectou em alguns momentos a coesão dos grupos, incutindo um certo desgaste nos terapeutas, exigindo um esforço superior na gestão e nas intervenções nos grupos.

Deste modo as intervenções estavam sempre muito direccionadas para a promoção da coesão nos grupos, aspecto essencial para a sua manutenção. Contudo, o trabalho com os grupos terapêuticos permitiu em alguns momentos das intervenções experienciar diversos factores terapêuticos referidos por Vinogradov & Yalom (1992), nomeadamente: a instilação de esperança e a universalidade (momentos em que alguns adolescentes dos grupos

percepcionaram que outros adolescentes também estavam a viver problemas semelhantes aos seus), a importância da informação (por ex. a partilha de informação que foi feita acerca dos comportamentos sexuais de risco e de consumos de drogas), o altruísmo (momentos em que os adolescentes partilharam com os outros aspectos da sua vivência pessoal com objectivo de ajudar os outros), o desenvolvimento de competências sociais (foi um ganho comum para muitos dos adolescentes dos grupos), a aprendizagem interpessoal, os factores existenciais (muitos adolescentes através do grupo conseguiram dar significado a alguns aspectos da sua vida e a saíram do isolamento profundo em que se encontravam) e ainda a catarse (alguns adolescentes conseguiram libertar as suas emoções, sentir a aceitação destas no grupo, e dar-lhe significado). Estas vivências constituíram ganhos imensos para os adolescentes, e para mim constituíram grande fonte de satisfação e desenvolvimento pessoal e profissional.

Como terapeuta, procurei utilizar na dinamização dos grupos mediadores que facilitassem aos adolescentes alcançar os seus objectivos terapêuticos, tendo em conta as suas habilidades e preferências, como modo de motivar e encorajar os adolescentes a desenvolverem as suas potencialidades, e também como modo de desenvolver dinâmicas de grupo positivas ao crescimento do mesmo.

Assim, no decorrer das intervenções foram utilizados diversos mediadores expressivos como jogos, gesso, tintas, lápis, plasticina, fotografia, madeira, música, cola, papel, tecidos, entre outros, de acordo com o interesse dos adolescentes e as actividades desenvolvidas, tendo-se verificado que o uso destes mediadores auxiliou a revelação de pensamentos e/ou sentimentos dos adolescentes, sendo que se observaram alguns dos benéficos descritos por Ferraz (2009) relativamente aos uso de intervenções expressivas, sobretudo: permitiram a melhoria da comunicação dos adolescentes, incentivaram a sua autonomia, contribuíram para a resolução de problemas dos adolescentes, funcionaram como um escape para as suas tensões interiores (sendo que este aspecto foi notório na actividade com a criação dos totens em madeira), promoveram a coesão do grupo (muitos dos trabalhos foram realizados em grupo com a participação de todos os seus elementos), foram uma ferramenta essencial no estabelecimento das relações grupais dos adolescentes mais passivos e introvertidos, contribuíram para o desenvolvimento da espontaneidade e a criatividade dos adolescentes, promovendo a sua valorização pessoal e o aumento da sua auto-confiança e auto-estima ao verificarem as suas habilidades criativas e de construção no decorrer das actividades, e contribuíram para alguns dos momentos de catarse.

Tal como refere Ferraz (2007), os mediadores expressivos contribuíram também, para a criação de um ambiente de liberdade expressiva, fomentando a capacidade de iniciativa de cada adolescente, baseado num clima terapêutico de aceitação e de flexibilidade.

No decorrer deste trabalho compreendi ainda, que são diversos os factores que interferem na vida dos adolescentes, e que tal é muitas vezes expresso por eles de modo muito subtil, sendo necessário ao terapeuta estar bastante atento. Townsend (2010) refere a importância que os enfermeiros que trabalham com grupos terapêuticos têm em ser hábeis na identificação dos processos que ocorrem nos grupos e em seleccionar o tipo de intervenção mais ajustada aos diferentes grupos que possam orientar.

Dentro desta linha, devo referir, que as intervenções terapêuticas que foram realizadas nos grupos com os quais trabalhei foram diferentes em cada um deles, respeitando as especificidades de cada um dos grupos, e tendo em conta os diferentes aspectos a trabalhar que iam surgindo em cada um dos grupos.

O trabalho desenvolvido, demonstrou também a importância e as vantagens da aplicação do YSR, como instrumento capaz de identificar adolescentes em sofrimento mental, e que pode ser usado pelos técnicos para realizar uma avaliação inicial da gravidade desse mesmo sofrimento e se replicado após seis meses de intervenção poderia permitir, de certo modo, quantificar os efeitos da intervenção em grupo terapêutico; que pela limitação de tempo do estágio não foi possível.

Numa fase inicial, foi-me difícil aceitar que as intervenções terapêuticas não possuem um efeito imediato na vida do adolescente, e que nem sempre conseguem ir de encontro a todas as necessidades que vão surgindo na vida (muitas vezes difícil) dos adolescentes, tendo aprendido a aceitar e a reconhecer as minhas limitações enquanto pessoa e terapeuta, bem como a compreender as minhas dificuldades, fragilidades, defesas e estar atenta aos processos de transferência e contratransferência.

### **Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria**

Ao longo do meu percurso de enfermeira, na prestação de cuidados, fui percorrendo um caminho, no sentido de adquirir novas competências e de melhorar as que já possuía, com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados que presto à pessoa com doença mental e à sua família.

Benner (2001), descreve o modelo de desenvolvimento de competências, aplicado à prática da enfermagem. Este modelo encontra-se estruturado em cinco estádios, nomeadamente: iniciada, iniciada avançada, competente, proficiente e perita. Também Phaneuf (2005) faz referência ao fenómeno evolutivo de aquisição de competências, referindo-se à proficiência clínica em enfermagem como “um conjunto integrado que supõe a mobilização das capacidades cognitivas e socio-afectivas da enfermeira, de saberes teóricos, organizacionais e procedimentos, tanto como habilidades técnicas e relacionais aplicadas a situações de cuidados, o que lhe permite exercer a sua função ao nível da excelência” (p.4).

O desenvolvimento e operacionalização deste projecto é mais uma fase no percurso para o desenvolvimento das minhas competências como futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental, sendo que também vai ao encontro das necessidades que já mencionei anteriormente, e que se encontram referidas no PNSM 2007-2016 (2008) acerca da urgência em desenvolver respostas de qualidade às necessidades de cuidados da infância e adolescência.

Os indivíduos que se encontram em processos de sofrimento, transtorno ou perturbação mental obtêm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas situações lhes causam; uma vez que, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010), o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria foca-se quer na promoção da saúde mental, bem como na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental; sendo que, compreende os modos de sofrimento, alteração e perturbação mental da pessoa, bem como consequências no seu projecto de vida, no potencial de recuperação e no modo como a sua saúde mental é

São quatro as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, definidas pela Ordem dos Enfermeiros, e publicadas no Diário da República, 2ª série – Nº 35 – 18 de Fevereiro de 2011; sendo que, estas competências constituem uma orientação precisa no desenvolvimento formativo e da prática do enfermeiro especialista no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiatria. O projecto permitiu-me desenvolver as competências de enfermeira especialista, através das diversas actividades desenvolvidas em ambos os campos de estágio.

O estágio na unidade de internamento de Pedopsiquiatria constituiu o meu primeiro contacto com os adolescentes em sofrimento mental em fase aguda e as suas famílias, permitindo o desenvolvimento da capacidade de relação, comunicação, flexibilidade e sensibilidade para com as suas necessidades; permitiu-me ainda, observar, avaliar, registar e descrever os comportamentos dos adolescentes e participar nas discussões de casos clínicos e nos momentos de passagem de turno, aspectos relacionados com competência F2\*, relativa à colheita de informação adequada para compreender a situação de saúde mental de cada indivíduo/família. Também no estágio no Hospital de Dia de adolescentes trabalhei esta competência, nomeadamente com a avaliação das necessidades dos adolescentes, com a aplicação do questionário e com a participação nas reuniões de equipa.

A análise dos dados obtidos com a aplicação do questionário, permitiu-me identificar de modo mais exacto e pormenorizado o sofrimento mental dos adolescentes pertencentes aos grupos terapêuticos, e assim, tendo por base esses resultados planear e desenvolver com a equipa, actividades terapêuticas, indo de encontro as necessidades reais desses adolescentes, aspectos descritos ao nível da competência F3\*\*. No serviço de internamento, nas reuniões em equipa, e nos momentos de passagem de turno, também participei na discussão e delineação de estratégias terapêuticas adequadas para determinados adolescentes/famílias.

O desenvolvimento do projecto permitiu-me ainda consolidar a competência F4\*\*\*, relacionada com a prestação de cuidados no âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico e psicoeducacional, sendo que no serviço de internamento de Pedopsiquiatria ao participar nas actividades terapêuticas realizadas com os adolescentes, quer individualmente, quer em grupo; e no Hospital de Dia desenvolvi intervenções terapêuticas em dois grupos de adolescentes recorrendo à criação de uma relação terapêutica, marcada por confiança, e ao uso de mediadores expressivos, que lhes permitissem expor o seu mal-estar emocional, de

\*Competência F2 – “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental”;

\*\*Competência F3 – “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”; \*\*\*Competência F4 – “Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (p. 8670, 8671, 8672, Diário da República, 2ª série – Nº 35 – 18 de Fevereiro de 2011).

modo adequado, e experienciando actividades gratificantes em grupo, promovendo soluções adaptativas face ao sofrimento que se encontravam a viver.

A competência F1\*\*\*\*, relacionada com a capacidade de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal, é fundamental, e estruturante, para que possamos equacionar tudo o resto. No estágio no serviço de internamento de Pedopsiquiatria iniciei o desenvolvimento da minha aptidão relacional com os adolescentes e as suas famílias, desenvolvi a minha capacidade de me expor ao outro e de observar o outro, e participei nas primeiras actividades terapêuticas; estes aspectos foram essenciais, e continuei a desenvolvê-los no estágio do Hospital de Dia de adolescentes. Na interacção com os adolescentes e seus familiares, em ambos os contextos de estágio, fui estando mais consciente de mim, identificando sentimentos e valores pessoais que pudessem interferir com a relação terapêutica. Para além disso, considero que tomei consciência e procurei gerir os fenómenos que foram surgindo de transferência e contra-transferência, procurando manter os limites da relação profissional e conservar a imparcialidade das actividades terapêuticas. Saliento ainda, que os momentos de introspecção e retrospecção, bem como os momentos de intervisão com os orientadores, foram essenciais no meu desenvolvimento pessoal, uma vez que, me permitiram ter consciência do modo como reajo emocionalmente e interajo com os outros, dos meus comportamentos verbais e físicos na interacção terapêutica, contribuindo para melhorar a minha relação terapêutica.

Na minha opinião, esta competência em particular, é uma competência que se encontra em contínuo desenvolvimento, e que é fundamental para o meu desenvolvimento profissional.

\*\*\*\* Competência F1 – “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto — conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (p. 8670, Diário da República, 2ª série – N° 35 – 18 de Fevereiro de 2011).

## QUESTÕES ÉTICAS

O meu projecto de estágio foi desenvolvido tendo em os meus objectivos pessoais e formativos, bem como os objectivos da unidade curricular de Opção II do III Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, onde foi sendo elaborado sob supervisão e orientação do professor orientador.

Como já referi, desloquei-me durante a elaboração do projecto ao local de estágio, para conhecer e compreender a dinâmica dos cuidados aí prestados, e desse modo adequar o meu projecto a essa realidade. Para além disso, o estágio foi solicitado por via formal à Área de Pedopsiquiatria do HDE, CHLC, tendo sido autorizado.

Na fase inicial do estágio fui apresentada a toda a equipa da Clínica da Juventude, dando-lhes a conhecer o meu projecto em reunião de equipa, onde este foi discutido, tendo sido alvo de algumas alterações, como a formação dos grupos terapêuticos e o tipo de instrumento a utilizar na avaliação dos adolescentes. O meu trabalho nos grupos terapêuticos foi também explicado aos adolescentes e aos seus familiares. Não foi necessário solicitar autorização, uma vez que, este tipo de intervenção faz parte do projecto terapêutico dos adolescentes do Hospital de Dia.

Para a aplicação do instrumento Youth Self-Report (YSR) os adolescentes foram informados acerca das características do mesmo, bem como da finalidade da sua aplicação. O seu preenchimento foi efectuado no contexto terapêutico e de forma individual, sendo respeitada a confidencialidade dos resultados.

No âmbito das intervenções em grupo, os adolescentes e os familiares foram esclarecidos acerca dos objectivos terapêuticos das mesmas, bem como das normas. As actividades foram desenvolvidas num ambiente acolhedor e seguro, numa relação de confiança e respeito pelo outro, sempre sobre supervisão de outro terapeuta especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

## LIMITAÇÕES DO TRABALHO

Ao longo deste percurso foram surgindo diversas contrariedades, relacionadas numa fase inicial com a formação dos grupos e a aplicação do YSR e conseqüente atraso no início das actividades, tendo em conta o cronograma de actividades que havia sido construído para o projecto.

As ausências de alguns adolescentes aos grupos, apresentando uma adesão terapêutica pouco regular, e os abandonos dos grupos por parte de dois dos elementos dos grupos, foram aspectos que limitaram os ganhos dos adolescentes nos grupos terapêuticos, e marcaram desenvolvimento deste projecto.

Para além disso, considero que as pausas lectivas, também contribuíram para o descontinuo e fragmentação de alguns aspectos no grupo, tendo sido sempre após as mesmas, necessário retroceder e voltar a fomentar aspectos que já tinham sido trabalhados e integrados nos grupos.

As ausências afastam a atenção e a energia dos membros do grupo terapêutico, sendo desgastantes e desmoralizantes para todos os intervenientes no grupo, sendo consideradas um problema na manutenção dos membros no grupo. Os abandonos (*drop-out*) são descritos como comuns, e prejudiciais para a estabilidade do grupo, consumindo tempo e energia aos terapeutas e membros do grupo (na medida em que procuram impedir que os elementos abandonem o grupo), ao mesmo tempo que afectam a coesão do grupo (Stuart & Laraia, 2002).

Numa revisão de 144 trabalhos acerca de *drop-out* em contexto psicoterapêutico, Bueno et al. (2001) identificaram uma elevada frequência de casos de abandono, que estão associados a diversos factores, tais como características do utente, do terapeuta, da técnica utilizada e do *setting* de trabalho. Reconhecem ainda, que o fenómeno de *drop-out* é uma questão importante para a prática clínica, tendo em conta as conseqüências negativas da interrupção dos tratamentos em saúde mental quer a nível pessoal, social e económico.

Deakin e Nunes (2009) identificam factores associados ao *drop-out* em contexto terapêutico, nomeadamente: percepção por parte da criança e/ou família de que o tratamento não é relevante; uma aliança terapêutica frágil; dificuldades socioeconómicas e elevado nível de *stresse* e disfunção familiar. Sendo que, quanto mais factores estiverem presentes em



determinado caso, maior o risco de abandono; na maioria dos casos, a causa do abandono está associada a dificuldades familiares e não de quem necessita de intervenção terapêutica.

Pelo que, num contexto futuro, considero que seria pertinente, paralelamente à minha intervenção terapêutica em grupo com os adolescentes, trabalhar a família e os restantes contextos em que o adolescente esteja inserido; bem como ter em consideração outros factores que poderão estar associados ao *drop-out*.

A introdução de novos elementos nos grupos, devido aos casos de *drop-out* e ao facto de se tratar de grupos abertos, implicou uma nova reestruturação de grupos e intervenções, bem como o desenvolvimento de outras relações de confiança e coesão no grupo, sendo que em alguns casos a entrada de novos membros, melhorou o processo terapêutico de alguns dos membros mais antigos dos grupos.

Durante o estágio no Hospital de Dia, estiveram outras pessoas também a realizar o seu ensino clínico nesse local, nomeadamente alunos de licenciatura em enfermagem e também uma aluna de arte-terapia; pelo que, na grande maioria das vezes em que realizei as minhas intervenções em grupo, para além de mim, dos terapeutas do Hospital de Dia e dos adolescentes, também estavam presentes outros estagiários. Compreendo que todos devem ter direito ao ter o seu campo de estágio, mas considero que por vezes existiam técnicos em excesso no grupo, e que se tornava difícil gerir esta situação quer para mim, como para os próprios adolescentes. Este aspecto foi discutido quer com o orientador de estágio como com o orientador da escola.

No final do estágio não foi possível aplicar novamente o instrumento YSR para reavaliação do sofrimento mental dos adolescentes, e obtenção de dados relativos a possíveis ganhos em saúde dos adolescentes que frequentaram os grupos terapêuticos, dado que a aplicação deste questionário se refere a seis meses anteriores à data da sua aplicação, espaço de tempo esse que ainda não havia decorrido após a sua anterior aplicação aos adolescentes, para além das faltas, abandonos e entrada de novos elementos nos grupos.

Os aspectos descritos anteriormente, condicionaram de alguma forma o cumprimento à risca do projecto que havia delineado, contudo considero, que de um modo geral, os objectivos propostos foram alcançados.

Num futuro próximo, considero que será pertinente, frequentar formações, que me permitam o desenvolvimento e consolidação de competências sócio e psicoterapêuticas.

## CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste projecto teve por base a utilização de terapias expressivas em grupo terapêutico de adolescentes, com o intuito de promover a expressão do seu sofrimento mental. Neste sentido realizei estágio em duas unidades da Área de Pedopsiquiatria do HDE, CHCL, tendo participado e realizado diversas actividades terapêuticas, com a utilização de diferentes mediadores expressivos, em grupos terapêuticos de adolescentes. Tendo em vista a avaliação do sofrimento mental dos adolescentes foi e aplicado o YSR no contexto terapêutico do Hospital de Dia de adolescentes. Durante este percurso procurei compreender as dinâmicas internas de cada adolescente e a sua rede relacional, e integrei a equipa multidisciplinar dos campos de estágio.

Segundo Meleis et al. (2000) o enfermeiro assume o principal papel de cuidador do adolescente/família nos processos de transição, tendo em conta as mudanças que estas acarretam na vida diária dos mesmos. O enfermeiro cuida do adolescente/família em parceria com a família, preparando-os para as transições eminentes e facilitando o processo de aprendizagem de novas competências para a saúde e na experiência de doença.

Na implementação das diversas intervenções terapêuticas, cada um dos grupos à sua maneira, assumiu-se como espaço de partilha de emoções, sentimentos, ideias e opiniões, promotor do desenvolvimento psíquico através dos mediadores expressivos, permitindo tal como nos refere Guerreiro & Nabais in Vidigal (2005), que os adolescentes evoluíssem com maior autonomia, fortalecendo a sua individualidade e adquirissem satisfação e vontade em estar com os seus pares e em socializar, incentivando o prazer em novas aprendizagens.

Assim, de modo geral, posso afirmar que os adolescentes, tendo em conta as actividades em que participei e desenvolvi, quer no internamente bem como no ambulatório, com recurso aos mediadores expressivos e em parceria com os outros terapeutas e técnicos da equipa multidisciplinar, obtiveram diversos ganhos terapêuticos.

Desta forma, as intervenções terapêuticas expressivas realizadas com os adolescentes em sofrimento mental, possibilitaram que os adolescentes uns com os outros e na interacção com os terapeutas, pudessem encontrar um sentido de identidade e de significado para os seus conflitos internos.

O estágio no serviço de internamento de Pedopsiquiatria foi marcante pelo contacto inicial com os adolescentes em sofrimento mental e suas famílias, proporcionando-me o

desenvolvimento de competências a nível relacional, quer com os adolescentes, quer com as famílias, bem como, a participação nas primeiras intervenções terapêuticas em grupo e na discussão de casos clínicos, tendo sido muito enriquecedor a nível da aquisição e aprofundamento de conhecimentos na área da pedopsiquiatria, nomeadamente no âmbito da avaliação e diagnóstico das necessidades dos adolescentes e suas famílias.

Durante o estágio no Hospital de Dia de adolescentes, a possibilidade de fazer parte de dois grupos terapêuticos como co-terapeuta, foi um aspecto essencial neste percurso, tendo sido uma experiência única, desafiante e muito enriquecedora, quer a nível pessoal como profissional.

Assim, considero que a finalidade e objectivos deste trabalho foram alcançados, apesar dos constrangimentos mencionados anteriormente.

Desta forma, para além dos resultados a nível dos adolescentes, este trabalho também me trouxe ganhos pessoais e no âmbito do crescimento e desenvolvimento de competências profissionais, uma vez que, fui desenvolvendo competências essenciais de enfermeira especialista de enfermagem de saúde mental e psiquiatria; não esquecendo que esse desenvolvimento me irá acompanhar ao longo de todo o meu percurso profissional.

O fenómeno evolutivo de aprendizagem de competências, na área da enfermagem é referido por Phaneuf (2005, p.4) como “um conjunto integrado que supõe a mobilização das capacidades cognitivas e sócio-afectivas da enfermeira, de saberes teóricos, organizacionais e procedimentos, tanto como habilidades técnicas e relacionais aplicadas a situações de cuidados, o que lhe permite exercer a sua função ao nível da excelência”.

Considero que durante este processo desenvolvi significativamente todas as competências enumeradas pela Ordem dos Enfermeiros acerca do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria; sendo que em especial a primeira competência, que remete para o desenvolvimento pessoal, visto esta ser a competência essencial e estruturante para o desenvolvimento profissional. Nesse sentido, procurei estar atenta ao reconhecimento das emoções e sentimentos, valores, e outros factores pessoais que pudessem vir a interferir dejasustadamente nas relações que estabeleci com os adolescentes e suas famílias, busquei estar mais atenta na observação do outro e deixar-me observar, tendo sido também essenciais, os momentos de reflexão, partilha e supervisão com alguns colegas, terapeutas e orientadores do estágio, que me ajudaram a desenvolver a minha capacidade de

autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, essenciais no estabelecimento da relação terapêutica e nas intervenções terapêuticas adequadas.

Contudo, na minha opinião, este exercício de conhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira, é uma caminhada que terei de continuar a realizar ao longo da minha prática profissional, tendo como objectivo a melhoria contínua de mim mesma enquanto instrumento terapêutico.

No âmbito profissional, espero num futuro próximo, poder vir a desenvolver projectos com grupos terapêuticos na área da saúde mental e psiquiatria, no âmbito de uma equipa multidisciplinar.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Abreu, W. C. (2011) – *Transições e Contextos Multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. 2ªed. Coimbra: Formasau.
- Alencastre, M. B.; Moreno, V. (2003). A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. *Rev. Esc. Enferm. USP.*, 37(2), 43-50.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coleção Enfermagem. Coimbra: Quarteto.
- Borras, L., Boucherie, M., Mohr, S., Lecomte, T., Perroud, N., & Huguelet, P. (2009). Increasing self-esteem: Efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. *European Psychiatry*, 24(5), 307-316.
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As Mil Faces da Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: biocological perspectives on human development*. California: Sage Publications.
- Bucho, J. L. C. (2011). *As Terapias Expressivas e o Barro: Veículo de Auto-conhecimento, Criatividade e Expressão*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Bueno, H. A.; Cordoba, J. A.; Escolar, P. A.; Carmona, C. A.; Rodriguez, G. C. et al. (2001). El abandono terapéutico. *Actas Spain Psiquiatría*, 29(1), 33-40.
- Cardoso, M. R. (2001). Violência e alteridade: o mal-estar na adolescência. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol.4, 1, 27-36.
- Castellar, C. (1987). Gruposoterapia com Adolescentes. *Grupo sobre Grupos*, 87-97.
- Deakin, E; Nunes, M. L. T. (2009). Abandono de psicoterapia com crianças. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Brasil: 31(3)*, 145-151.
- Erikson, E. H. (1976). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Feitosa, H., Ricou, M., Rego, S., & Nunes, R. (2011). A saúde mental das crianças e adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. *Revista de Bioética*, 19(1), 259-275.
- Ferraz, M. (2007). *Os fins terapêuticos das expressões artísticas*. Recuperado em 12 de Julho, 2012, de <http://www.psicologia.pt/artigos/imprimiro.php?codigo=AOP0194>.
- Ferraz, M. (ORG.) (2009). *Terapias Expressivas Integradas*. Coleção Expressão em Terapia. Venda do Pinheiro: Tuttirév.
- Ferreira, D.; Santos, A. J.; Ribeiro, O.; Freitas, M.; Correia, J. V.; Rubin, K. (2013). Isolamento social e sentimento de solidão em jovens adolescentes. *Análise Psicológica*, 31(2), 117-127.

- Fonseca, A. C. & Monteiro, C. M. (1999). Um Inventário de problemas para crianças e adolescentes: o Youth Self-Report de Achenbach. *Psychologica*, 21, 76-96.
- Gallatin, J. E. (1978). *Adolescência e individualidade: uma abordagem conceitual da psicologia da adolescência*. São Paulo: Harbra.
- Garcia, J. G. S. (2010). *A couraça como currículo-oculto: um estudo da relação entre a rotina escolar e o funcionamento encouraçado*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, Brasil.
- Gomes-Pedro, J. (1999). *A criança e a nova pediatria*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Hockenberry, M. J. (2006). *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª.Ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Leite, E., & Malpique, M. (1986). *Espaços de criatividade. A criança que fomos/a criança que somos...através da expressão plástica*. Coleção Ser Professor. Porto: Edições Afrontamento.
- Lopez-Soler, C. et al (2009). *Prevalence and characteristics of externalizing symptoms in childhood. Gender differences*. Recuperado em:12 de Novembro, 2012, de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19622313&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Loureiro, L. M. J.; Mendes, A. M. O.; Barroso, T. M.; Santos, J. C. P.; Oliveira, R. A.; Ferreira, R. O. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (6), 157-166.
- Malchiodi, C. A. (Ed.). (1999). *Medical Art Therapy with Children*. London: Jessica Kingsley.
- Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E-O., Messias, D., & Schumacker, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*.
- Papalia, D. E.; Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). *O mundo da criança – da infância à adolescência* (8ª ed.). Lisboa: McGraw-Hill.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Philippini, A. (1998). Imagens da Transformação. *Colecção de Revistas de Arteterapia*, 5.
- Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. (2008). Comissão Nacional para a Saúde

Mental – Resumo Executivo.

- Quartilho, M. J. R. (1993). *Psiquiatria, Somatização e Cultura*. Coimbra: Oficina do CES.
- Recomendações para a Prática Clínica da Coordenação Nacional para a Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários (2009).
- Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. (2012). Documento Técnico de Suporte.
- Relatório Proposta de Acção para a Restruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016. (2007). Comissão Nacional para a Restruturação dos Serviços de Saúde Mental.
- Regulamento nº129/2011. Diário da República. 2ª série, nº35. 18 de Fevereiro de 2011. 8668-8673.
- Rogers, N. (1999). Um caminho para a totalidade: terapia pela arte centrada na pessoa. A pessoa como centro. *Revista de estudos rogerianos*, 4, 31-40.
- Rohde, L. A.; Barbosa, G.; Tramontina, S. & Polanczyk, G. (2000). Transtorno de deficit de atenção/hiperatividade. *Rev. Bras. Psiquiatria*, 22(2), 07-11.
- Silva, A., & Deus, A. (2005). Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: Estudo comparativo. *Análise Psicológica*, 2 (23), 151-172.
- Sociedade Portuguesa de Arte-terapia. O que é Arte-terapia?. Recuperado em: 03 de Abril, 2014, de <http://arte-terapia.com/o-que-e-arte-terapia/>.
- 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.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2002). *Enfermagem Psiquiátrica*. 4ª ed. Reichmann e Affonso Editores.
- Townsend, M. (2010). *Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan SA.
- Verzignasse, V. C. P., & Terzis, A. (2008). Acting out em um grupo de adolescentes. *Vínculo*, vol.5, 2, 129-149.
- Vidigal, M. J. e col (2005). *Intervenção em grupos de Crianças e Adolescentes: Aprender a pensar*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Vinogradov, S., & Yalom, I. (1992). *Manual de Psicoterapia de Grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- WHO. (2000). *World Health Report*. Genebra: World Health Organization.
- WHO. (2003). *Caring for children and teenagers with mental disorders*. WHO directions.

WHO. Europe. (2008). *Policies and practices for mental health in Europe*. Copenhaga: WHO Regional Office for Europe.

WHO. (2011). *Adolescent Health*. Recuperado a 15 de Junho, 2012, de [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/en/index.html](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/index.html).

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



**ANEXOS**

**ANEXO I**

**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**  
**3º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem**  
**de Saúde Mental e Psiquiátrica**

**CRONOGRAMA 3ºSEMESTRE**

ANOS	2012												2013											
MESES	Outubro				Novembro					Dezembro			Janeiro			Fevereiro			Mar					
DIAS	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	20	3	7	14	21	28	4	11	18	25	4	
	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	19	2	4	11	18	25	1	8	15	22	1	8	
Estágio na Unidade de Pedopsiquiatria																								
Estágio na Clínica da Juventude																								
Orientação Tutorial																								
Apresentação do projecto à equipa da Clínica da Juventude																								
Seleção dos Adolescentes para o Grupo																								
Aplicação do SDQ-Por																								
Curso de Teoria, Técnicas e Práticas Expressivas																								
Notas de Campo																								
Pesquisa Bibliográfica																								
Elaboração do Relatório																								

**ANEXO II**

## Questionário de autoavaliação para Jovens (YSR)

Achenbach e Edelbrock, 1987; Achenbach, 1991.

Versão portuguesa: Fonseca e Monteiro, 1999.

Segue-se uma lista de afirmações que descrevem o comportamento dos jovens. AGORA OU NOS ÚLTIMOS 6 MESES.

- Marca com uma cruz (X) no 2 se a afirmação é MUITO VERDADEIRA ou FREQUENTEMENTE VERDADEIRA.
- Marca com uma cruz (X) no 1 se a afirmação é ALGUMAS VEZES VERDADEIRAS.
- Se a afirmação é NÃO VERDADEIRA, marca com uma cruz (X) no 0.

Por favor responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo se algumas vezes pareçam não se aplicar exactamente.

	0	1	2
1. Comporto-me de modo demasiado infantil para a minha idade			
2. Tenho uma alergia (qual):			
3. Discuto muito.			
4. Tenho asma.			
5. Comporto-me como se fosse do sexo oposto.			
6. Gosto de animais.			
7. Sou gabarolas.			
8. Tenho dificuldades de concentração ou não consigo estar atento durante muito tempo.			
9. Não consigo afastar da minha cabeça determinados pensamentos (descreve-os): _____			
10. Tenho dificuldade em estar sentado.			
11. Sou muito dependente dos adultos.			
12. Sinto-me só.			
13. Sinto-me confuso ou desnorteado.			

## Intervenções Expressivas em Grupo de Adolescentes em Sofrimento Mental

14. Choro muito.				
15. Sou muito honesto.				
16. Sou mau para os outros.				
17. Sonho bastante acordado.				
18. Já tentei deliberadamente ferir-me ou matar-me.				
19. Tento chamar a atenção sobre mim bastantes vezes.				
20. Destruo as minhas coisas.				
21. Destruo as coisas que pertencem aos outros.				
22. Desobedeço aos meus pais.				
23. Sou desobediente na escola.				
24. Não como tudo o que devia comer.				
25. Não me dou bem com os outros jovens.				
26. Não me sinto culpado depois de ter feito algo que não devia fazer.				
27. Sou ciumento.				
28. Gosto de ajudar os outros quando eles necessitam.				
29. Tenho medo de alguns animais, situações ou lugares (descreve) _____				
30. Tenho medo de ir à escola.				
31. Tenho medo de pensar ou fazer algo mau.				
32. Penso que tenho de ser perfeito.				
33. Penso que ninguém gosta de mim.				
34. Penso que os outros me andam a perseguir.				
35. Sinto-me inferior ou sem valor.				
36. Tenho muitos acidentes ou ferimentos				
37. Entro em muitas brigas.				
38. Sou gozado ou arreliado muitas vezes.				
39. Costumo andar com companheiros que frequentemente estão metidos em problemas.				
40. Ouço sons e vozes que os outros não ouvem (descreve):				
41. Sou impulsivo, faço coisas sem pensar.				
42. Gosto mais de estar só do que estar acompanhado.				
43. Minto ou faço intrujices.				
44. Tenho o hábito de roer as unhas.				
45. Sou nervoso ou tenso.				
46. Tenho tiques ou movimentos nervosos (descreve):				
47. Tenho pesadelos.				
48. Os outros jovens não gostam de mim.				
49. Consigo fazer certas coisas melhor que a maioria dos jovens.				
50. Sou demasiado medroso ou ansioso.				
51. Sinto tonturas.				
52. Sinto-me muito culpado.				
53. Como em demasia.				
54. Sinto-me muito cansado.				
55. Tenho peso a mais.				
56. Tenho problemas físicos sem causa médica conhecida:				

Intervenções Expressivas em Grupo de Adolescentes em Sofrimento Mental

a. Dores (sem ser de cabeça) b. Dores de cabeça c. Náuseas e enjoos d. Problemas com os olhos (descreve) _____ e. Problemas com a pele f. Dores de barriga g. Vômitos h. Outros (descreve)			
57. Ataco fisicamente as outras pessoas.			
58. Arranho com os dedos o nariz, a pele ou outras partes do corpo (descreve):			
59. Sou capaz de ser muito amigo.			
60. Gosto de experimentar coisas novas.			
61. O meu rendimento escolar é fraco.			
62. Sou desajeitado ou tenho má coordenação.			
63. Prefiro estar com os companheiros mais velhos do que com os da minha idade.			
64. Prefiro estar com os companheiros mais novos do que com os da minha idade.			
65. Recuso-me a falar.			
66. Repito várias vezes certos comportamentos (descreve):			
67. Fujo de casa.			
68. Grito muito.			
69. Costumo ter segredos ou guardar as coisas para mim.			
70. Vejo coisas que mais ninguém vê (descreve):			
71. Sinto-me facilmente embaraçado ou acanhado.			
72. Ateio fogos.			
73. Sou muito habilidoso com as mãos.			
74. Gosto de dar nas vistas ou de me fazer engraçado.			
75. Sou envergonhado ou tímido.			
76. Durmo menos que a maioria dos outros jovens.			
77. Durmo mais que a maioria dos outros jovens durante o dia e/ou durante a noite (descreve):			
78. Tenho boa imaginação.			
79. Tenho um problema na fala (descreve)			
80. Luto pelos meus direitos.			
81. Roubo coisas em casa.			
82. Roubo coisas fora de casa.			
83. Guardo coisas que não me fazem falta (descreve)			
84. Faço coisas que as outras pessoas acham estranhas (descreve) _____			
85. Tenho pensamentos que as outras pessoas acham estranhos (descreve) _____			

## Intervenções Expressivas em Grupo de Adolescentes em Sofrimento Mental

86. Sou atencioso.			
87. A minha disposição ou sentimentos mudam de repente.			
88. Gosto de estar com as outras pessoas.			
89. Sou desconfiado.			
90. Praguejo ou digo palavras obscenas.			
91. Penso em matar-me.			
92. Gosto de fazer os outros rir.			
93. Falo em demasia.			
94. Arrelio muito os outros.			
95. Tenho acessos de mau humor.			
96. Penso em demasia em sexo.			
97. Ameaço ferir as outras pessoas.			
98. Gosto de ajudar os outros.			
99. Preocupo-me em demasia com a arrumação ou limpeza.			
100. Tenho dificuldades no sono (descreve)			
101. Falto à escola.			
102. Não tenho muita energia.			
103. Sou infeliz, triste ou deprimido.			
104. Faço mais barulho que os outros.			
105. Utilizo álcool ou drogas sem finalidade médica (descreve)			
106. Tento ser justo com os outros.			
107. Gosto de anedotas.			
108. Gosto de levar a vida despreocupadamente.			
109. Tento ajudar os outros sempre que posso.			
110. Desejo ser do sexo oposto.			
111. Evito estar com outras pessoas.			
112. Preocupo-me em demasia.			