

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria

Relatório de estágio

Dançar a Vida
A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação
Psicossocial

Márcia Leandra Ferreira Santos

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria
Relatório de estágio

Dançar a Vida
A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação
Psicossocial


Márcia Leandra Ferreira Santos

Orientador: António Antunes Nabais

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*Ser o que o somos e tornarmo-nos aquilo que somos
capazes de ser, é o único objectivo da vida.*

Robert Loius Stevenson

Agradecimentos

O meu muito obrigado à Mariana Rodrigues, ao João Marques e à Paula
Vaz que tornaram a minha experiência tão rica!
Ao meu Orientador, António Nabais, pelo seu apoio neste percurso.
À minha família, pois sem ela a opção por este caminho, não teria sido
possível.

RESUMO

A dança, como forma de arte, surge-nos apontada em diversos estudos com benefícios ao nível da saúde e bem-estar nos mais variados tipos de população e aplicada em diversos contextos da saúde. Este estudo enquadra a intervenção terapêutica com Dança, ao nível da Reabilitação Psicossocial, nos contextos de adultos classificados com deficiência intelectual e de adolescentes classificados com doença mental. A Dança é assim proposta enquanto intervenção de cariz socioterapêutico, enquadrável nas competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. É assim pretendido, com este trabalho, fazer uma avaliação dos efeitos de um programa de dança, estruturado com base no Sistema Biodanza, nestas populações, através de modelos de observação, com base na expressão corporal e num conjunto de representações sensoriais e corporais que a dança proporciona, numa ótica de investigação-ação. Para a realização da avaliação do programa de intervenção selecionou-se uma metodologia de análise quantitativa por meio da utilização e aplicação da escala de Avaliação LMA Adaptada “Freedom to move” (Dunphy & Scott, 2003) e grelhas de observação NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem, 2010) adaptadas, e numa análise do programa de dança, na perspetiva dos participantes e na perspetiva do terapeuta. Principais conclusões: com este estudo verificou-se a potencialidade da dança, em reabilitação psicossocial, no favorecimento do sentimento de prazer e bem-estar na conexão com o aqui e agora, conexão e comunicação com os outros, noção do corpo, amplitude dos movimentos, capacidade física e coordenativa, conexão entre o pensamento, a imaginação e o corpo (verificadas pela aplicação da escala de Avaliação LMA Adaptada “Freedom to move”) e no favorecimento da autoestima, habilidades de interação social, comunicação: expressão e movimento coordenado (verificadas pela aplicação das grelhas de observação da Classificação dos Resultados de Enfermagem).

Palavras-chave: Dança, Corpo, Movimento, Saúde Mental, Enfermagem

ABSTRAT

As a form of art, dance comes to us pointed in several studies with benefits in terms of health and well-being in all kinds of population and applied in several contexts of health. This study provides the therapeutic intervention with Dance at the level of Psychosocial Rehabilitation, in adult contexts classified with intellectual disabilities and adolescents classified with mental illness. Therefore, Dance is proposed as an intervention of social therapeutic nature, framed within the powers of the nurse specialist in mental health and psychiatry nursing. It is intended, with this work, to do an evaluation of the effects of a dance program, structured on the basis of the Biodanza System, in these populations through observation of models, based on body language and on a set of sensory and bodily representations that dance provides, in a perspective of research-action. To carry on the evaluation of the intervention program, we selected a methodology for quantitative analysis through the use and application of the scale of assessment LMA Adapted "Freedom to move" (Dunphy & Scott, 2003) and NOC observation grids (Nursing Classification Results, 2010) adapted, and in a qualitative analysis of the dance program, from the perspective of the participants and the therapist's perspective. Main conclusions: with this study we noticed the potential of Dance in psychosocial rehabilitation, in inducing the feeling of pleasure and well-being in connection with the here and now, connection and communication with others, body notion, range of motion, physical ability and coordinative, connection between thought, imagination and the body (verified by applying the LMA Adapted scale of assessment "Freedom to move") and in favoring self-esteem, social interaction skills, communication: expression and coordinated movement (verified by applying the grids of observation of the Nursing Classification Results).

Keywords: Dance, Body, Motion, Mental Health, Nursing

Lista de Abreviaturas e/ou Siglas

APA - American Psychological Association

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central

EESM - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental

G - Grupo

IMC – Índice de massa corporal

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

NIC - Nursing Interventions Classification

NOC - Nursing Outcomes Classification

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

P - Participante

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

ÍNDICE

Pág.

INTRODUÇÃO.....	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
1.1. Reabilitação Psicossocial.....	15
1.1.1. Deficiência Intelectual.....	16
1.1.2. Doença Mental	17
1.2. A Dança: Algumas Acepções	18
1.2.1. A Arte e as Terapias Expressivas	18
1.2.4. Os Benefícios da Dança	24
1.3. A Dança em Enfermagem de Saúde Mental.....	26
1.3.1 A Teoria de Cuidado Transpessoal de Jean Watson.....	27
1.3.2. A Dança enquanto Intervenção de Grupo.....	29
1.3.3. A Intervenção Terapêutica com Dança em Reabilitação Psicossocial.....	31
2. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS.....	33
2.1 Metodologia	33
2.1.1 Objetivos do Estudo	33
2.1.2 A Recolha das Informações.....	34
2.1.3 Tratamento dos Dados.....	37
2.2 Dançar a Vida com Adultos classificados com Deficiência Intelectual.....	38
2.2.1. Participantes	38
2.2.2. Procedimentos	38
2.2.3. Programa de Intervenção.....	39
2.3 Dançar a Vida com Adolescentes classificados com Doença Mental	40
2.3.1. Participantes	40
2.3.2. Procedimentos	40
2.3.3. Programa de Intervenção.....	41
2.4. As Competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental.....	42
3. AVALIAÇÃO	45
3.1 Adultos classificados com Deficiência Intelectual – Grupo 1	45
3.1.1. Análise dos domínios da Escala de Avaliação LMA Adaptada “Freedom to move” (G1).....	46
3.1.2 Análise dos indicadores da NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem, 2010) (G1).....	52
3.1.3. Avaliação das sessões pelos Participantes (G1)	57
3.2 Adolescentes classificados com Doença Mental – Grupo 2A	60
3.2.1. Análise dos domínios da Escala de Avaliação LMA Adaptada “Freedom to move” (G2A)	60
3.2.2 Análise dos indicadores da NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem, 2010) (G2A)	65
3.2.3. Avaliação das sessões pelos Participantes (G2A).....	70
3.3 Adolescentes classificados com Doença Mental – Grupo 2B	72
3.3.1. Análise dos domínios da Escala de Avaliação LMA Adaptada “Freedom to move” (G2B)	72
3.3.2 Análise dos indicadores da NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem, 2010) (G2B)	78

3.3.3. Avaliação das sessões pelos Participantes (G2B).....	83
4. CONCLUSÃO	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
ANEXOS	97
ANEXO I – Grelha de Observação da Escala de Avaliação de LMA Adaptada “Freedom to Move”	99
APÊNDICES	113
APÊNCIDE I – Grelhas de Avaliação NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem, 2010)	115
APÊNCIDE II – Avaliação do Programa de Dança na Perspetiva dos Participantes	118
APÊNCIDE III – Avaliação do Programa de Dança na perspetiva do Terapeuta	121
APÊNCIDE IV – Consentimento Informado - Adultos classificados com Deficiência Intelectual	123
APÊNCIDE V – Consentimento Informado - Adolescentes classificados com Doença Mental.....	126
APÊNCIDE VI – Programa de Intervenção - Adultos Classificados com deficiência Intelectual.....	129
APÊNCIDE VII – Programa de Intervenção - Adolescentes Classificados com Doença Mental.....	141
APÊNCIDE VIII – Avaliação das Sessões de Dança por parte do Terapeuta - Adultos Classificados com Deficiência Intelectual	149
APÊNCIDE IX – Avaliação das Sessões de Dança na perspetiva do Terapeuta - Adolescentes Classificados com Doença Mental.....	161
APÊNCIDE X – Diário de Aprendizagem - Do autoconhecimento à dinâmica da relação terapêutica individual	178
APÊNCIDE XI – Diário de Aprendizagem – A Intervenção em Grupo	189
APÊNCIDE XII – Plano de Cuidados direcionado a uma utente com deficiência intelectual	194
APÊNCIDE XIII – Plano de Cuidados direcionado ao Grupo de Adolescentes ..	205

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Domínio Sentimento de prazer e bem estar (G1)	46
Tabela 2. Domínio Conexão com o aqui e o agora (G1)	47
Tabela 3. Domínio Conexão e Comunicação com os outros (G1)	48
Tabela 4. Domínio Noção do corpo, amplitude dos movimentos (G1)	50
Tabela 5. Domínio Conexão entre o pensamento, a imaginação e o corpo (G1)	51
Tabela 6. Autoestima (G1)	52
Tabela 7. Nível de ansiedade (G1)	53
Tabela 8. Nível de agitação (G1)	54
Tabela 9. Habilidades de interação social (G1)	54
Tabela 10. Comunicação: Expressão (G1)	55
Tabela 11. Movimento Coordenado (G1)	55
Tabela 12. Equilíbrio (G1)	56
Tabela 13. Avaliação do Programa de Intervenção pelos Participantes (G1)	57
Tabela 14. Domínio Sentimento de prazer e bem estar (G2A)	61
Tabela 15. Domínio Conexão com o aqui e o agora (G2A)	61
Tabela 16. Domínio Conexão e Comunicação com os outros (G2A)	62
Tabela 17. Domínio Noção do corpo, amplitude dos movimentos (G2A)	64
Tabela 18. Domínio Conexão entre o pensamento, a imaginação e o corpo (G2A)	65
Tabela 19. Autoestima (G2A)	66
Tabela 20. Nível de ansiedade (G2A)	66
Tabela 21. Nível de agitação (G2A)	67
Tabela 22. Habilidades de interação social (G2A)	68
Tabela 23. Comunicação: Expressão (G2A)	68
Tabela 24. Movimento Coordenado (G2A)	69
Tabela 25. Equilíbrio (G2A)	69
Tabela 26. Avaliação do Programa de Intervenção pelos Participantes (G2A)	70
Tabela 27. Domínio Sentimento de prazer e bem estar (G2B)	73
Tabela 28. Domínio Conexão com o aqui e o agora (G2B)	74
Tabela 29. Domínio Conexão e Comunicação com os outros (G2B)	75
Tabela 30. Domínio Noção do corpo, amplitude dos movimentos (G2B)	76
Tabela 31. Domínio Conexão entre o pensamento, a imaginação e o corpo (G2B)	77
Tabela 32. Autoestima (G2B)	78
Tabela 33. Nível de ansiedade (G2B)	79
Tabela 34. Nível de agitação (G2B)	80
Tabela 35. Habilidades de interação social (G2B)	80
Tabela 36. Comunicação: Expressão (G2B)	81
Tabela 37. Movimento Coordenado (G2B)	81
Tabela 38. Equilíbrio (G2B)	82
Tabela 39. Avaliação do Programa de Intervenção pelos Participantes (G2B)	83

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge inserido no 5º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório. Destina-se a explicitar o trabalho desenvolvido em contexto de Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria Saúde, bem como as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental (EESM) que foram alcançadas no decorrer do mesmo.

Neste trabalho é apresentada a Dança como uma intervenção de cariz socioterapêutico, enquadrável nas competências específicas do EESM, embutida nos conceitos de arte, movimento e corpo. Especificamente é abordada a Dança enquanto estratégia em Reabilitação Psicossocial de adultos classificados com deficiência intelectual e de adolescentes classificados com doença mental, apoiado num referencial teórico sustentado e na revisão de literatura mais recente acerca destes assuntos. A fundamentação teórica de enfermagem foi baseada na Teoria de Cuidar Transpessoal de Jean Watson pelos conceitos de artes de cuidar-curar transpessoais.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2010) “são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao EESM desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade”. É-nos também referido que “essa especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e protecção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial.” (OE, 2010).

Tendo em conta o exposto, para este trabalho define-se como temática a *Reabilitação Psicossocial de Pessoas com Deficiência Intelectual e Doença Mental*, sendo proposta a Dança como estratégia de intervenção. A Problemática de partida surge-nos a partir do Conselho Nacional de Saúde Mental, onde nos é referido que “a reabilitação psicossocial das pessoas com problemas de saúde mental tem de ser considerada uma prioridade, tanto pelas famílias e pelos utentes, como pelos técnicos” (Conselho Nacional de Saúde Mental, 2005, p.48) e a partir da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), onde a reabilitação psicossocial é considerada uma componente fundamental da reabilitação em Saúde Mental (OMS, 2001).

Apesar dos dispositivos legais e recomendações disponíveis, nomeadamente o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) que considera as várias vertentes de

intervenção em relação à reabilitação psicossocial, em Portugal a reabilitação psicossocial ainda carece de operacionalização e efetivação na sua prática (Conselho Nacional de Saúde Mental, 2005). Temas associados ao estigma e discriminação também são enumerados neste âmbito, como prioritários.

Aliado a este facto, pela revisão da literatura realizada, constatou-se que as pessoas que são alvo dos cuidados enquadrados em reabilitação psicossocial apresentam um conjunto de necessidades, principalmente ao nível da comunicação, expressão corporal, das atividades de vida diária e socialização, em que atividades terapêuticas de grupo relacionadas à arte e ao trabalho corporal se revelaram benéficas, constituindo também como uma forma de participação e incentivo à cidadania. (Tavares, 2003; Nascimento & Pítia, 2010; Silva, et al, 2012).

A motivação para a realização deste trabalho deveu-se à minha participação desde há três anos em aulas regulares de Biodanza e concomitantemente a realização do curso de Formação Docente de Biodanza, na Escola de Biodanza de Portugal, sistema Rolando Toro. Durante a minha frequência, enquanto praticante e estudante deste sistema, pude-me aperceber da sua potencialidade em termos terapêuticos, baseados em conceitos holísticos e de respeito à vida, e que tanto se assemelham com conceitos fundamentais em teorias de enfermagem. O Sistema Biodanza é apresentado como um método de dança que visa a promoção de ecofatores positivos, através da sua proposta metodológica, fazendo-nos o convite ao deslocamento para novos paradigmas da existência, embasados no princípio biocêntrico. Esta visão manifesta-se num sentimento sagrado da vida e do universo, como totalidades que se coadunam com uma perspetiva de saúde integral.

O trabalho com o corpo e com o movimento, nomeadamente, através da Dança, ainda não é muito difundido em termos hospitalares, institucionais e comunitários em Portugal, nomeadamente no que também concerne à Reabilitação Psicossocial. O recurso ao Sistema Biodanza no âmbito da área de enfermagem, nomeadamente da enfermagem de saúde mental e psiquiatria é um projeto pioneiro em Portugal, pois ainda não foi dinamizado junto de utentes neste campo de ação específico. Por estes motivos, considerou-se relevante estudar uma abordagem que contribui para desenvolver uma intervenção inovadora, na área da enfermagem de saúde mental e psiquiatria, cuja importância é evidenciada no documento relativo às competências específicas do EESM (OE, 2010), que nos refere que “o avanço no conhecimento requer que o EESM incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua

prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem”, sendo o que este trabalho e a sua implementação visam alcançar.

Como objetivos Gerais para o Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria foram definidos:

- Desenvolver a dança como um mediador terapêutico em adultos classificados com deficiência intelectual;
- Desenvolver a dança como um mediador terapêutico em adolescentes classificados com doença mental;
- Contribuir para a aquisição e desenvolvimento de competências de EESM.

Pelo exposto, para a concretização deste projeto em âmbito de estágio, foi selecionado, na vertente de internamento, um Serviço de Deficiência Intelectual de Evolução Prolongada da Casa de Saúde da Idanha, pertencente ao Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. Na vertente comunitária foi selecionado o Hospital de Dia do Hospital do Hospital Dona Estefânia, pertencente ao Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC).

A Casa de Saúde da Idanha desenvolve os seus objetivos no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sobretudo em saúde mental e psiquiatria, de acordo com o modelo assistencial hospitaleiro. Abrange as vertentes preventiva, terapêutica e reabilitadora, orientado para a centralidade da pessoa assistida. Tem uma lotação de 525 camas divididas em 17 unidades de internamento, 4 residências internas e 4 residências comunitárias de apoio moderado. A Unidade 15 é uma unidade residencial de evolução prolongada, no âmbito da Deficiência Intelectual, orientada para a prestação de cuidados clínicos e de reabilitação, diferenciados e humanizados, em Saúde Mental, segundo o Modelo Assistencial Hospitaleiro. Este serviço tem capacidade para 40 utentes. A média de idades das utentes é de 56 anos, tendo a utente mais nova 22 anos e a utente mais velha 67 anos. A média de anos de internamento na instituição das utentes da unidade é de 22 anos.

O Hospital de Dia do Hospital do Hospital Dona Estefânia é uma unidade especializada de saúde, prestadora de cuidados terapêuticos para adolescentes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 13 anos e os 18 anos que estejam a viver

situações de grande sofrimento emocional. Está integrada na Área de Pedopsiquiatria do CHLC.

A estrutura deste relatório foi organizada na presente *Introdução*, em que se expõe a temática e problemática, objetivos e enquadramento teórico. Seguidamente é apresentado o referencial teórico deste relatório, que foi pensado na perspetiva de caracterizar a Dança embutida nos conceitos que a constituem tais como: Arte, Corpo e Movimento, passando pelo Modelo Teórico da Biodanza e pelos benefícios da Dança ao nível da Saúde. Foi também realizada a contextualização da Dança especificamente em Enfermagem de Saúde Mental, onde se refletiu sobre a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson (de forma a constituir um paralelismo e suporte entre todos estes conceitos) e contextualizada a dança enquanto intervenção de grupo e enquanto estratégia em reabilitação psicossocial.

No segundo capítulo é indicada a *Execução das tarefas previstas*, com a fundamentação metodológica para o trabalho de campo, em contexto de estágio e apresentação dos instrumentos de colheita de dados. São também apresentadas as competências de EESM adquiridas no decorrer do mesmo e as atividades e intervenções que foram desenvolvidas ao longo do estágio.

O terceiro capítulo diz respeito à *Avaliação*, onde é realizada a apresentação dos resultados dos programas de dança, juntamente com as discussões suscitadas pelos mesmos. Por meio da análise, sistematização e organização dos instrumentos de colheita de dados, quantitativos e qualitativos, são então apresentados os resultados dos programas de intervenção nos dois contextos.

No quarto capítulo é apresentada uma breve *Conclusão* com as implicações para prática. Seguidamente são apresentadas as *Referências Bibliográficas*, sendo que muitos outros autores foram lidos, trabalhados e, embora não referenciados, ajudaram a conceber este estudo.

Nos anexos e apêndices, são apresentados os documentos utilizados na recolha das informações, as sessões de dança implementadas e a avaliação das mesmas. Também são expostos os trabalhos desenvolvidos durante o estágio, tendo em vista a aquisição de competências em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Este trabalho é resultado do que se conseguiu elaborar e construir até aqui, com a consciência que este contributo é pouco perto das infinitas possibilidades de investigação que a Dança, o Sistema Biodanza, e a convergência entre o Corpo, o Movimento e a Saúde Mental e a Reabilitação Psicossocial nos pode oferecer. No

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

entanto, este estudo constitui um marco de referências, um ponto de partida, e, desde já, estará a subsidiar a intervenção profissional e o início a novas investigações.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Reabilitação Psicossocial

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Reabilitação Psicossocial é definida como

“um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível de potencial de funcionamento independente na comunidade, o que envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais.” (OMS, p.62)

A Reabilitação Psicossocial visa capacitar a pessoa com perturbação mental a atingir o nível máximo de funcionamento pessoal, social, profissional e familiar, no meio menos restrito possível, tendo como principais objetivos “a emancipação do usuário, a redução da discriminação e da estigmatização, o melhoramento da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração”. OMS (2001, p.62)

A Reabilitação Psicossocial é, deste modo, um processo abrangente e não simplesmente uma técnica, em que as suas estratégias variam “segundo as necessidades do usuário, o contexto no qual é promovida a reabilitação (hospital ou comunidade) e as condições culturais e socioeconômicas do país onde é levada a cabo.” (OMS, 2001, p.62). Portanto, o que define reabilitação são os métodos e não o meio onde se faz, sendo possível trabalhar em reabilitação nas grandes instituições hospitalares. Segundo Cordo (2003, p.14), “é mesmo nestas que não se pode esquecer que a reabilitação psicossocial é um dos componentes de uma abordagem integral e abrangente em psiquiatria e saúde mental”.

De acordo com Cordo (2003, p.49), os objetivos gerais dos Centros de Reabilitação Psicossocial são:

“fornecer, ao indivíduo, estratégias que lhe permitam enfrentar o seu meio, em vez de sucumbir a ele; procurar a Saúde, em vez de intervir directamente e apenas ao nível da redução de sintomas; Melhorar o desempenho do indivíduo (em geral), apesar das suas capacidades individuais.”

A Reabilitação Psiquiátrica/Psicossocial surge no contexto da reforma psiquiátrica, sendo a área do sistema de saúde mental que visa melhorar o funcionamento das pessoas com doença mental em determinados papéis da sua escolha. Deste modo, a Reabilitação Psicossocial surge como uma abordagem mais específica e complementar ao tratamento comum, tendo como principal objetivo capacitar a pessoa

com perturbação mental a atingir o nível máximo de funcionamento pessoal, social, profissional e familiar, no meio menos restrito possível.

No âmbito da temática deste projeto surgem os conceitos de deficiência intelectual e doença mental, como dois grupos-alvo relacionados à reabilitação psicossocial, que são apresentados de seguida.

1.1.1. Deficiência Intelectual

Segundo a American Psychological Association (APA, 2013), a Deficiência Intelectual tem como características a presença de *deficits* de funcionamento intelectual e adaptativo, que o têm o seu início durante o período de desenvolvimento. A deficiência intelectual pode comportar diferentes etiologias (fatores genéticos ou cromossómicos e fatores ambientais) e pode ser classificada em quatro graus de gravidade: ligeira, moderada, grave e profunda.

De acordo com Harrison, Gueddes & Sharpe (2005), a deficiência intelectual é muitas vezes acompanhada por perturbação mental, perturbação do comportamento e problemas médicos, como por exemplo, epilepsia. Segundo os autores, a abordagem aos indivíduos com deficiência intelectual destina-se a “maximizar o potencial e a qualidade de vida, e a tratar os problemas psiquiátricos e comportamentais decorrentes.” (Harrison, Gueddes & Sharpe, 2005, p.357).

1.1.2. Doença Mental

De acordo com Fazenda (2006, p.7) a doença mental “é mais difícil de definir porque abrange um leque alargado de perturbações que afectam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual, mais por desadequação ou distorção do que por falta ou deficiência das capacidades anteriores à doença”. A doença mental pode ser aguda ou crónica (de curta ou de longa evolução) e apresenta vários graus de gravidade. Pode ser tratada e em muitos casos, curada. (Fazenda, 2006).

Dada a população-alvo em estudo, surge a necessidade de conceptualizar a adolescência, nomeadamente, através do recurso a autores como Piaget e Freud, que sob diferentes perspetivas, respetivamente, através do desenvolvimento cognitivo e do desenvolvimento sexual, dividem o desenvolvimento da criança em diferentes fases, que culminam com a adolescência.

Assim, Piaget (1977) refere a adolescência como um fenómeno de transição do pensamento concreto ao pensamento formal, através do qual o pensamento tem um poder totalmente novo, que resulta em desligá-lo e libertá-lo do real para permitir construir à sua vontade reflexões e teorias. O mesmo autor caracteriza a adolescência como sendo uma atividade livre da reflexão espontânea. Freud (s.d.) com a sua corrente psicanalítica introduz na adolescência, com as alterações fisiológicas do desenvolvimento, a fase em que existem transformações que levarão a vida sexual infantil à sua forma definitiva e normal. O impulso sexual era até então essencialmente autoerótico; vai agora descobrir o objeto sexual.

A adolescência é então uma fase do desenvolvimento que corresponde à transição da infância para a idade adulta e que segundo a Organização Mundial de Saúde ocorre entre os 10 e os 19 anos de idade. Já segundo a Direção-Geral da Saúde (2013), embora alerte que as balizas etárias não são estanques, a adolescência ocorre entre os 10 e os 18 anos de idade.

O adolescente passa por profundas alterações fisiológicas, psicológicas, pulsionais, afetivas, intelectuais e sociais, sendo estas transformações encaradas pelos outros e pelo próprio como um período de difícil compreensão e adaptação. Os adolescentes são confrontados com uma ambivalência de sentimentos, crescer ou regredir, criança ou adulto, autonomia ou dependência, de ligação ao passado e de vontade de se projetar no futuro. (Monteiro, 2002, pp. 46-47).

1.2. A Dança: Algumas Acepções

1.2.1. A Arte e as Terapias Expressivas

Como forma de Arte, a Dança, surge-nos apontada como uma das expressões artísticas mais significativas, encontrada em todos os países do mundo, envolvendo diretamente a expressão do ego através do corpo (American Dance Therapy Association, 2014). Na Terapia pela Arte, são usadas uma variedade de Técnicas Expressivas/Criativas, através da escrita, da pintura, escultura ou através da música, do teatro e da dança (Warren, 1993; Lane, 2005; Guimón, 2008; Ahessy, 2013). As Terapias Expressivas têm vindo a crescer em termos de campos de ação, desde a saúde mental, à reabilitação e contextos de educação especial. Este crescimento deve-se, em parte, aos resultados observados pela sua prática nos diversos contextos de aplicação (Warren, 1993), sendo apontado por numerosos estudos as intervenções com recurso às Técnicas Expressivas como uma importante via na abordagem global e integral da Pessoa (Payne, 1992; Warren, 1993; Santos, 1999; Dunphy & Scott, 2003; Guimón, 2008; Menéndez & Romero-Nieva, 2010; Ahessy, 2013).

O processo criativo é sustentado por explicações anatómicas e neurofisiológicas (Malchiodi, 2003; Martín, 2008; Lane 2005). Recentes descobertas científicas, como o facto de as imagens influenciarem as emoções e os pensamentos e como o cérebro e o corpo reagem à experiência do desenho, pintura, dança ou outras atividades ligadas à arte são fortes estudos que contribuem para fundamentar a importância destas metodologias. Segundo Lane (2005), o processo criativo excita o sistema parassimpático e estimula o hipotálamo para ativar o sistema nervoso autónomo, que equilibra e mantém a pressão sanguínea, a frequência cardíaca e o nível de hormonas. Além disso, o processo criativo pode fazer com que áreas específicas do cérebro libertem endorfinas e outros neurotransmissores, promovendo o alívio da dor e desencadeando um bem-estar geral. Quando as pessoas se envolvem em atos criativos ou espirituais, mesmo como observadores passivos, o processo cria esperança e otimismo, ajudando a lidar com problemas debilitantes (Lane, 2005).

Santos (1999, p.6) refere que as Técnicas Expressivas possibilitam “não só a expressão concretizada (visualizada, audível ou sentida ao nível quinestésico) do Eu e especificamente das emoções, mas também a sua atualização num contexto relacional e comunicacional”.

As técnicas expressivas, nomeadamente a Dança, pelo uso do corpo em movimento, facilita a aprendizagem através do método quinestésico, ou seja, através do movimento e do contato físico. Neste seguimento, é abordada a inteligência corporal-quinestésica como a capacidade de unir o corpo e a mente para adquirir um ótimo desempenho físico. Começa com o controlo dos movimentos automáticos e voluntários e avança com o emprego do corpo de maneira altamente diferenciada e competente. O movimento, o tato e, frequentemente, o sentido de orientação são áreas fortes da inteligência corporal-quinestésica.

Dentro das Terapias Expressivas, a Dança surge enquanto “abordagem que reconhece o profundo laço entre a motricidade, o ritmo e a expressividade emocional, utilizando o corpo não só como mediador mas como elemento interactivo e comunicativo promotor de mudanças ao nível dos sentimentos, cognições e comportamentos” (Santos, 1999, p.6). A Dança procura a beleza, o equilíbrio, a harmonia interna e externa, constituindo uma preciosa ferramenta que não utiliza palavras para se expressar, mas sim o movimento, a expressão corporal, o som, os gestos, a dinâmica, o ritmo, a, música e o silêncio.

1.2.2. O Corpo e o Movimento

A Dança já fez parte efetiva do cotidiano das pessoas, estando presente nas principais manifestações coletivas da sociedade. Foi sendo considerada como um ato de expressão plena, onde o homem se encontra inteiro para vivenciá-la por meio de gestos e de movimentos. Na Dança, a noção de Corpo e Movimento interpenetram-se e reúnem-se.

Segundo Garaudy (1980), a dança era a manifestação do modo próprio de existir, a “expressão viva de experiências que transcendem o poder da palavra e da mímica”. O autor referencia que “a dança, como toda a arte, é comunicação do êxtase. É uma pedagogia do entusiasmo.” (Garaudy, 1980, p.24). O autor refere ainda que “viver é movimentar-se. A dança é uma forma condensada e estilizada da vida”. (Garaudy, 1980, p.122).

Para Toro (2002, p.13) num sentido original, “a dança surge das profundezas do ser humano: é movimento de vida, de intimidade; é impulso de união à espécie.” Wiertsema (2006, p. 11), refere-nos também que “movimento é vida: é ele que nos permite o conhecimento e o contacto, conosco próprios, com os outros e com tudo o que nos rodeia.” Na mesma linha de pensamento, Gil (2001) refere-nos, nas suas singulares palavras que:

“No começo era o movimento. Não havia repouso porque não havia paragem do movimento. (...) No começo era o movimento porque o começo era o homem, de pé, na Terra. Erguera-se sobre os dois pés, oscilando, visando o equilíbrio. O corpo não era mais do que um campo de forças atravessado por mil correntes, tensões, movimentos. Buscava um ponto de apoio. Uma espécie de parapeito contra esse tumulto que abalava os seus ossos e a sua carne.”

Assim, o movimento como forma de expressão mais primária do ser humano encontra-se presente em todas as suas ações e atividades. Constantemente executamos movimentos que têm repetição e ritmo.

Reunindo ao movimento, o conceito de corpo, Breton (2007, p.7), explicita que “antes de qualquer coisa, a existência é corporal.” A Dança necessita de um corpo, pelo qual surgem os movimentos no tempo e no espaço, aqui e agora. O autor refere-nos que

“existir significa em primeiro lugar mover-se em determinado espaço e tempo, transformar o meio graças à soma de gestos eficazes, escolher e atribuir significado e valor aos inúmeros estímulos do meio graças às atividades perceptivas, comunicar aos outros a palavra, assim como um repertório de gestos e mímicas, um conjunto de rituais corporais implicando a adesão dos outros.” (Breton, 2007, p.8).

O corpo é então o instrumento de vida e comunicação, e com ele o Homem expressa-se e relaciona-se com o mundo, permeado pelos movimentos. As emoções, sensações e percepções, captadas pelos cinco sentidos, são despertadas, estimuladas e desenvolvidas com a prática da Dança, que propiciam uma maior abertura para a afetividade, criatividade, sensibilidade e espontaneidade.

O corpo é um canal e veículo de comunicação, emissor e receptor. Nele, refletimos a subjetividade, dificuldades e bloqueios. Segundo Breton (2007, p.8) “emissor ou receptor, o corpo produz sentidos continuamente e assim insere o homem, de forma ativa, no interior de dado espaço social e cultural”.

Apesar de aqui referenciarmos o conceito de Corpo, este evidencia-se como um conceito multifacetado, complexo, com diferentes acepções e conceitos. Segundo Breton (2007, p.24) “o corpo não é uma natureza. Ele nem sequer existe. Nunca se viu um corpo: o que se vê são homens e mulheres. Não se vê corpos.” O corpo é então para o autor “uma falsa evidência, não é um dado inequívoco, mas o efeito de uma elaboração social e cultural” (Breton, 2007,p.26).

Ao longo da história, o Corpo e a Dança assumiram concepções diferentes, permeadas pela sociedade e pela cultura. Nas sociedades mais primitivas a Dança era realizada com fins de socialização, celebração, exaltação e transcendência. De acordo com Sousa (2005, p.223), desde os primórdios da humanidade que “as danças rituais sempre procuraram ser uma forma de ligação entre o indivíduo e o seu universo místico imediato”. A dança surgia para o indivíduo “como uma forma de exteriorização da sua atividade psíquica, dos seus receios, angústias, desejos, alegrias e tristezas.” (Sousa, 2005, p.223). Para Breton, (2007, p. 30), o homem é visto como uma entidade não separada do corpo: “o homem e o corpo são indissociáveis e, nas representações coletivas, os componentes da carne são misturados ao cosmo, à natureza, aos outros”.

Num sentido mais disruptivo, na Idade Média, emerge a descaracterização do Corpo e da Dança. O Corpo surge ignorado, renegado e castigado, fruto do Cristianismo puritano. Consequentemente, tudo o que estivesse a ele relacionado também era considerado igualmente mal e banido, constituindo a fonte de pecados. A Dança ressurge mais tarde, na Renascença, com o esplendor das formas de Arte, onde se assume que a cultura é necessária à vida. A Dança e a relação entre os Corpos, começa a diferenciar-se consoante os contextos, rural ou aristocrático. Nos meios rurais houve o desenvolvimento de danças com mais vitalidade e espontaneidade, com a interação entre todos os intervenientes. A Dança Estilizada surgiu, por outro lado, no contexto

aristocrático, como forma de dança mais contida, com movimentos mais pequenos e atenção a pormenores. (Garaudy, 1980). A Dança, com o surgimento do Ballet, assume-se como um conjunto de regras e técnicas cada vez mais específicas e um corpo teórico e prático, onde o academicismo já se faz sentir. O Corpo era objetivado, funcional, encontrando-se ao serviço da coreografia (Mortenori, 2013). Por volta de 1900 surge a Dança Moderna, em que o Corpo era visto na sua singularidade, passando a um espaço de criação e não só reprodução. O corpo passa a ser perspectivado como sujeito, veículo de expressividade. Para o surgimento desta nova forma de olhar a Dança e o Corpo, contribuíram, entre outros, Rudolf Von Laban e Angela Isadora Duncan, dando substrato à palavras de Breton (1953, p. 9) que nos diz que “a expressão corporal é socialmente modulável, mesmo sendo vivida de acordo com o estilo particular do indivíduo”.

1.2.3. O Sistema Biodanza

O Sistema Biodanza foi desenvolvido por Rolando Toro, psicólogo clínico, antropólogo, poeta e pintor. Rolando Toro começou a investigar o efeito da música e da dança em pacientes psiquiátricos no Hospital Psiquiátrico de Santiago do Chile, procurando desenvolver as suas ideias sobre a possibilidade do contacto puro com a realidade viva, por meio do movimento, do gesto e da expressão dos sentimentos (Toro, 2002). As suas experiências com música e dança em hospitais psiquiátricos tiveram início em 1965 e objetivavam a experimentação de diversas técnicas de desenvolvimento de modo a “humanizar a medicina”.

“O desejo de Rolando Toro, diante a criação do seu sistema de desenvolvimento humano, era o dar um nome que restabelecesse o conceito original de dança, como movimento natural pleno de significado e com um poder inusitado de induzir transformações na existência” (Gonçalves, 2009, p. 50). Este sistema foi então denominado de Biodanza. O prefixo “Bio” deriva do termo *bios* que significa “vida” e a palavra dança indica um movimento integrado pleno de sentido, sendo então Biodanza, a Dança da Vida. Segundo Toro (2002, p.72), o modelo teórico da Biodanza é “um modelo do “homem cósmico”, abordando o ser humano em sua dimensão biológica, psicológica e, justamente cósmica”. O homem é então visto como um *Ser no Mundo*, não sendo considerado como um ser isolado, mas em conexão com o *Todo*. Na Biodanza é assim adotada uma visão integral do homem, considerando-o formado por

um sistema de circuitos funcionais em que o processo vital é uma complexidade muito maior que a soma das funções. Compreende também o homem como inserido dentro do seu ambiente e em relação com os outros.

A Biodanza é definida por Toro (2002, p.33) como “um sistema de integração humana, de renovação orgânica, de reeducação afectiva e de reaprendizagem das funções originais da vida”. Apoia-se numa metodologia própria que consiste em induzir vivências integradoras por meio da música, do canto, do movimento e de situações de encontro em grupo, atuando através de exercícios específicos. Na sequência dos conceitos de vivência e linhas de vivência do seu modelo teórico, Toro expõe os conceitos de *potenciais genéticos* e *ecofatores*. Para Rolando Toro, os *potenciais genéticos* constituem a nossa identidade biológica, o elemento fundante do ser vivente. Para Gonçalves (2009, p.81) “isso significa que todas as pessoas, ao nascerem trazem em si disposições interiores que orientam as relações que os indivíduos estabelecem entre si e com o mundo”. Os *ecofatores* constituem fatores do ambiente, externos ao organismo, que podem facilitar e estimular ou inibir e desorganizar a expressão do potencial. Estes fatores do ambiente quando estimulam e facilitam a expressão das linhas de vivência são chamados ecofatores positivos. Os fatores do ambiente, que de alguma maneira impedem ou distorcem a expressão da vida são chamados de ecofatores negativos.

A teoria da Biodanza estrutura-se a partir do *princípio biocêntrico*. Este princípio é fundamentado a partir das reflexões metodológicas de Humberto Maturana e Francisco Varela, da teoria sistémica da Gestalt e da Fenomenologia-Existencial. O Princípio Biocêntrico diferencia-se dos paradigmas antropocêntricos, que consideram o homem como centro da vida, ao qual é permitido o controlo de todas as coisas da natureza, dominando-as, a elas e a si mesmo. O paradigma biocêntrico, pelo contrário, tem como referência imediata a vida e inspira-se nas leis universais que conservam os sistemas vivos e que tornam possível a sua evolução. Baseia-se no respeito pela vida, na alegria de viver, no direito ao amor e ao contacto (Gonçalves, 2009).

Segundo Góis & Ribeiro (2008, p.50), na visão biocêntrica, as relações interpessoais “baseiam-se na confiança, na amizade, na cooperação, na fraternidade e no amor. Deste modo, baseando-se neste princípio, nas sessões de Biodanza são criados jatos de ecofatores positivos que são dirigidos diretamente para as linhas de vivência de cada um”. Neste seguimento, a Biodanza tem como base o interesse pela totalidade da vida, nos seus aspetos sensoriais, orgânicos, psíquicos, sociais, ecológicos e espirituais,

estes últimos vistos como dimensão ética transcendente da pessoa. (Góis & Ribeiro, 2008). Considera a existência de um contínuo entre saúde e doença, em que o fenómeno doença é importante, mas é apenas uma parte. (Góis & Ribeiro, 2008).

1.2.4. Os Benefícios da Dança

Bompastor (2009, p.216) afirma que a Dança como terapia “proporciona um espaço para que a espontaneidade surja, conectada com as emoções, com a comunicação e com o insight”. Esta ligação entre movimento e emoção obtida pelo trabalho com o corpo, através da sua própria linguagem, permite a integração entre as dimensões psicológica e física da pessoa, levando a mudanças que promovem a saúde e o desenvolvimento individual e permitindo a redescoberta do prazer do movimento. No mesmo seguimento, para Sousa (2005), a dança é uma atividade não só física como psíquica, na medida em que participam o corpo e o espírito, que por meio desta linguagem se reúnem harmoniosamente.

De acordo com Falsarella & Amorim (2008), por ser uma atividade coletiva e lúdica, acredita-se que a Dança seja um instrumento de facilitação dos relacionamentos interpessoais, facilitando o desenvolvimento da autoestima, da autoconfiança e do senso de responsabilidade. Para além disso, apresenta benefícios físicos como o aumento da resistência corporal, estética, postura e flexibilidade, para além de contribuir para o equilíbrio emocional dentro de um desenvolvimento do indivíduo como um todo. A Dança proporciona assim, o desenvolvimento dos aspetos afetivos, sociais, cognitivos e motores.

Os benefícios da dança para a saúde são relatados nos mais variados contextos desde os benefícios da dança em mulheres com cancro ao nível da qualidade de vida (Bradt, Goodill & Dileo, 2011); em idosos, ao nível da promoção do bem-estar e socialização (Kluge, 2014); ao nível da melhoria da função cognitiva (Kim, Kim & Ahn *et al*, 2011); em crianças jovens e adultos com necessidades especiais (Dunphy & Scott, 2003); em pessoas com doença de Parkinson (Volpe, Signorini & Marchetto, *et al*, 2013); em pessoas com síndrome de Down (Clark, 2011); pessoas com deficiência intelectual (Claro, 2012); em adolescentes em variados contextos de saúde (Holyoake & Reyner, 2005; Costa, Monteiro, Vieira & Barroso, 2004; Quin, Redding & Frazer, 2007; Fourie & Lessing, 2010).

Em relação à Biodanza no âmbito da saúde, encontramos o stresse, a ansiedade e a depressão como focos abordados em vários estudos, em que este Sistema poderá atuar (Toro, 2002; Gois & Ribeiro, 2008; Ribeiro, 2008; Vides, 2012). Outros estudos relatam também os seus efeitos em doentes com fibromialgia (Carbonell-Baeza, Aparicio & Pereira, *et al*, 2010). Gonçalves (2009, p.92) destaca alguns benefícios da Biodanza, como:

aumento da integridade motora (ritmo, coordenação, flexibilidade, harmonia de movimentos); resistência ao stresse; estimulação do processo de auto-conhecimento; melhoria da auto-estima; capacidade de substituição da depressão por novas motivações para viver; melhoria da capacidade de comunicação e vínculo afetivo; regulação do sono e pressão arterial; estimulação da criatividade, no sentido da renovação existencial; aumento da resposta imunológica.”

Como referido, em Biodanza são utilizados *exercícios* e *jogos* que, mediados, pela *música* proporcionam vivências integradoras.

De acordo com Wiertsema (2006, p. 12), os jogos de movimento podem ser utilizados como “meio de desenvolvimento das capacidades individuais, sociais e criativas.”

Diversos autores apresentam a música como forma de intervenção terapêutica (Campbell, 2000; Toro, 2000; Guimón, 2008). Campbell (2000) apresenta o impacto da música ao nível da saúde, referindo algumas das utilizações terapêuticas possíveis, como a redução da tensão muscular e melhora o movimento e coordenação corporal, o aumento dos níveis de endorfinas, a regulação das hormonas de *stress*, o reforço do sistema imunitário, da memória e a aprendizagem e a promoção de uma sensação de segurança e bem-estar.

1.3. A Dança em Enfermagem de Saúde Mental

A Dança surge em Enfermagem pela arte e pela estética. Carper, Collière, e Watson foram algumas das teóricas que relacionaram à enfermagem a dimensão da arte e da estética. Outros autores e estudos correlacionam e fundamentam o entrelaçar das Artes com a Saúde e com a Enfermagem (Michalis, 2002; Lane, 2005; Lane, 2006; MacGregor, 2006; Goodman & Sims, 2009).

Para Chinn (1994, p.20) “a arte não é algo que está em oposição à ciência; é parte da ciência - na verdade, é parte de toda a experiência humana. A arte expressa o que as palavras geralmente não conseguem expressar”. A intervenção com artes em saúde constitui-se como um campo vasto, multidisciplinar, dedicado a transformar a experiência de saúde, conectando as pessoas com o poder criativo e artístico, em momentos-chave em suas vidas (Goodman & Sims, 2009). A intervenção com artes é uma opção de tratamento valiosa, que permite que as pessoas se expressem através do processo artístico estimulando a exploração da criatividade num ambiente de apoio ancorado por uma relação terapêutica. Elas oferecem, segundo Ahessy (2013), incentivo, reafirmação e favorecimento da capacidade de adaptação e fortalecimento da resiliência. As artes criativas oferecem um suporte ambiental, onde as pessoas podem comunicar e trabalhar com as emoções, utilizando a forma de arte como um veículo para a auto-expressão, interação e mudança. De acordo com Menéndez & Romero-Nieva (2010, p. 369) a atividade artística “facilita uma linguagem alternativa, livre de defesas verbais (cognitivas e racionalizadas)”.

Uma das premissas centrais das intervenções através das artes criativas é que qualquer indivíduo, independentemente da deficiência ou doença, pode envolver-se nas artes e usá-las para manter ou restaurar a saúde. As pessoas não precisam de experiência anterior ou habilidade na forma específica utilizada (Ahessy, 2013). As terapias de artes criativas podem atender às necessidades físicas, cognitivas, emocionais e psicossociais das pessoas. Os grupos-alvos deste tipo de intervenções vão desde as crianças, adolescentes, adultos e idosos, podendo ser aplicada numa multiplicidade de contextos desde os cuidados de saúde nos hospitais, lares de idosos, centros de saúde mental e centros comunitários, na deficiência ou doença, podendo também melhorar a qualidade de vida para as pessoas que estão bem. (Lane, 2006; Ahessy, 2013).

A Dança como forma de arte é apresentada por Ravelin, Kylma & Korhonen (2006) como uma forte intervenção de enfermagem holística, que pode ter

consequências notáveis para o cliente a partir da perspectiva de enfermagem em saúde mental. Os autores elaboraram uma definição de Dança em Enfermagem de Saúde Mental, referenciando:

“na enfermagem de saúde mental, a dança ajuda as pessoas a experimentarem a plenitude mental, física, social e espiritual. Na prática, isto significa que o uso da dança como uma intervenção de enfermagem de saúde mental pode promover a auto-compreensão em vários níveis e a interação social com outras pessoas.” (Ravelin et al, 2006, p.311).

Em saúde mental e psiquiatria são apresentados estudos com recurso à dança, de vários autores como Pratt (2004), Ren & Xia (2013), Webster, Clare & Collier (2005), Koch, Morlinghaus & Fuchs (2007), que evidenciam a utilização da dança nestes contextos, com benefícios ao nível das dimensões físicas, psicológicas e relacionais dos participantes nos estudos, com aumento do bem-estar e socialização e diminuição do stress e depressão, entre outros.

1.3.1 A Teoria de Cuidado Transpessoal de Jean Watson

As Artes em programas de saúde estão gradualmente a transformar a enfermagem e o papel dos enfermeiros que, em virtude de seu contato próximo com o paciente, são fundamentais para a integração de criatividade em cuidados de saúde. Em situações de cuidado direto, a arte torna-se uma modalidade de cuidado-cura que cria uma oportunidade para cuidado humano, como Jean Watson (1979) sugeriu na sua teoria do cuidado humano. O quadro teórico de Watson abraça a natureza inerente de transformação no processo criativo, exaltando o poder e o primado da pessoa, do poder da imaginação humana e do espírito humano como recursos internos. A ética do cuidado fornece o contexto expandido para as artes nos cuidados de saúde.

De acordo com a autora, “cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e suas consequências.” (Watson, 2002a, p.55). De acordo com Watson (2002a), a *pessoa* é o organismo que experiencia e compreende, é um ser-no-mundo (espiritual-mental-físico) e é o local da existência humana, trazendo o conceito de alma ou espírito para a definição de pessoa.

Watson (2002a, p.86) reporta-se à *saúde* como a “unidade e harmonia na mente, no corpo e alma.” Esta visão da saúde tem como foco a “totalidade da natureza do

indivíduo, no seu domínio físico, social, estético e moral – em vez de apenas alguns aspectos do comportamento humano e fisiologia.” (Watson, 2002a, p.86).

Watson (2002b, p.189) afirma que “a beleza e a arte fazem parte da introdução de uma perspectiva do cuidar-curar transpessoal. Todos os verdadeiros trabalhos de cura são trabalhos de beleza”. Expõe ainda que “o trabalho de arte, assim como um trabalho de criação, tem valor terapêutico-curativo, ambos para visualização e como uma forma de expressão.” (Watson, 2002b, p.194). Neste seguimento, Watson (2002b) evidencia várias artes de cuidar pós-moderna/transpessoal como a modalidade auditiva, visual, olfativa, tátil, gustativa, modalidades cinestésicas e consciência de cuidar – estar, presença.

A respeito da modalidade auditiva, Watson (2002b, p.203) refere que “a música e os sons actuam como catalisadores para facilitar e aumentar as nossas próprias capacidades interiores de cura e auto-cura; evocam fantasia, imaginação e mesmo transformação.” O toque é definido pela autora como “uma das modalidades artísticas do cuidar mais facilmente usadas; pode ajudar a integrar e harmonizar, a dar conforto, totalidade, integridade e dar mesmo um sentido de segurança.” (Watson 2002b, p. 212). No que diz respeito à modalidade cinestésica, Watson (2002b, p. 219) menciona que “o uso de movimentos corporais suaves e fluentes, a dança e o fluir rítmico, estão a ser incorporados, de forma crescente, nas terapias e programas de tratamento formal”.

A autora adianta ainda que os enfermeiros “podem incorporar algumas das técnicas cinestésicas nas suas artes de cuidar, ou desenvolver competências e treino adicional com um profissional formal” (Watson, 2002b, p.219). As intervenções com arte podem, assim, ser desenvolvidas como intervenções de enfermagem avançada na prática clínica, com o encontro artístico criando a ocasião de cuidar e atualizando o conceito de presença entre o enfermeiro e o cliente, tal como nos é exposto por Lane (2006).

1.3.2. A Dança enquanto Intervenção de Grupo

Como forma de intervenção em grupo, a dança assume-se como forma de intervenção de âmbito socioterapêutico cuja dinamização surge enquadrada nas competências específicas do EESM, prestando assim cuidados que visem a manutenção, melhoria e recuperação da saúde mental (OE, 2010). Os grupos possibilitam ainda aos seus participantes contactar com outras pessoas que vivem situações semelhantes às dos próprios, trocar experiências e assim encontrar novas formas de lidar com as emoções e sentimentos, atribuindo-lhes um novo significado, promovendo o empoderamento.

Segundo Fritzen (2011, p. 8) “o ser humano é essencialmente um SER COM, um ser em relação com os outros, um ser que depende dos outros para realizar-se, para amadurecer, e que sofre a pressão dos outros.” O autor adianta, desse modo, que os grupos influenciam a maneira pela qual aprendemos: “Aprendemos melhor e mais rapidamente em grupos. Grande parte de nossas crenças, atitudes e sentimentos adquirimos nos grupos.” (Fritzen, 2011, p.8).

Townsend (2011, p. 168) define grupo como “um conjunto de indivíduos cuja associação se baseia em interesses partilhados, valores, normas ou propósitos comuns.” De acordo com a autora existem três tipos principais de grupos: grupos de tarefas, grupos de ensino e grupos de apoio/terapêuticos (Townsend, 2011). Lima (2005) faz a divisão entre grupos terapêuticos e não terapêuticos, explicitando que um grupo terapêutico pressupõe a existência de um profissional no campo da saúde mental para intervir nesses problemas. Os grupos terapêuticos, têm como função, segundo Townsend (2011, p. 168) ensinar “modos eficazes de lidar com o *stress* emocional que tem origem em crises situacionais ou de desenvolvimento.” Lima (2005, p. 22) expõe que os grupos procuram “congregar e promover a coesão e o encontro de pessoas para que reconheçam as similaridades dos seus problemas, encontrem uma forma de suporte social alternativo, necessário para apoiar a construção e o desenvolvimento da sua própria identidade e o equilíbrio nas mais variadas situações.” Lima (2005, p. 22) evidencia os benefícios dos grupos como forma de suporte social e na “redução dos custos e no tempo dos programas interventivos, destinados a grupos sobre a intervenção individual.”

A dança, dinamizada em contexto de grupo terapêutico, fornece os benefícios de permitir a cada um desenvolver-se no seio do grupo. De acordo com Manes (2011, p. 5) “o grupo primário ou pequeno grupo (...) é um contexto psico-social rico em estímulos

e em potencialidades. É particularmente indicado para favorecer o desenvolvimento de alguns processos psicológicos, tais como o crescimento pessoal, o amadurecimento e a aprendizagem.” Segundo Manes (2011, p.6), os jogos psicológicos em grupo têm a capacidade de “activar processos que permitem a tomada de consciência das dimensões intrapsíquicas e relacionais do funcionamento humano, e facilitam a aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros.” Os participantes, na dinâmica de grupo, encontram “um ambiente favorável onde podem reduzir as próprias defesas, explorar e tomar consciência de aspectos que lhe dizem respeito.” (Manes, 2011, p.6). De forma objetiva, Manes (2011) aponta-nos três dimensões que são trabalhadas e estimuladas mediante os jogos de grupo: a dimensão emotiva-afetiva, a dimensão cognitiva e a dimensão experiencial. Refere-nos, também neste âmbito, os jogos que utilizam técnicas psico-corpóreas, os quais favorecem a “percepção e a tomada de consciência da unidade mente-corpo, para além de serem muito úteis com participantes que tenham dificuldades de expressão verbal ou que utilizam a expressão verbal de modo defensivo.” De forma objetiva, Manes (2011) aponta-nos três dimensões que são trabalhadas e estimuladas mediante os jogos de grupo: a dimensão emotiva-afetiva, a dimensão cognitiva e a dimensão experiencial.

1.3.3. A Intervenção Terapêutica com Dança em Reabilitação Psicossocial

O cuidar em Enfermagem promove os projetos de saúde na procura da satisfação global das suas necessidades e concretizando o seu funcionamento social. Este fundamento convoca intrinsecamente a Reabilitação Psicossocial na perspectiva de possibilitar as pessoas a atingir o seu máximo potencial de funcionamento e participação na comunidade (Dias, Rosa & Pinto, 2014).

Segundo o artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 1996) a enfermagem, como profissão na área da saúde, tem como objetivo:

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

No que de especificamente diz respeito à enfermagem de saúde mental, esta tem o seu foco “na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental”. (OE, 2010). A enfermagem centra-se, assim, não apenas nos sintomas ou problemas da pessoa, atuando também na sua parte sã. Este conceito está dentro de um modelo biopsicossocial e é marco de um paradigma holístico ou integral em que podemos destacar alguns aspetos mais significativos, sendo um deles a visão de saúde como não simplesmente a ausência de doença, mas como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 2001, p.2). Estes conceitos surgem enquadrados no âmbito da saúde mental positiva, que se privilegia como forma de abordagem, nomeadamente no que diz respeito à Reabilitação Psicossocial. Como expõe Oliveira & Filipe (2009, p.22) “pensar a Saúde Mental apenas como a ausência de perturbação mental é optar por uma visão reducionista do conceito”. Neste seguimento, os “conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa.” (OMS, 2001, p. 3-4).

Correlacionando os efeitos terapêuticos da atividade artística em Reabilitação Psicossocial, de acordo com os autores Menéndez & Romero-Nieva (2010, p. 367), estes manifestam-se na “melhoria da auto-estima, amadurecimento do ego e das habilidades adaptativas, concentração, interação social e capacidade de recuperação”.

Similarmente, num estudo em relação ao papel da Arte nos centros de atenção psicossocial (CAPS) Tavares (2003, p. 38), expõe que “o valor da arte na reabilitação está na possibilidade do paciente, como cidadão, utilizar os aspectos sadios de sua personalidade para conquistar espaços sociais”. Adianta ainda que a arte é uma abordagem essencial do cuidar nos CAPS, “assumindo o papel de favorecer a comunicação, de permitir a expressão de emoções, de promover a reabilitação, de assegurar um espaço para novas experiências, para a construção subjetiva, para circulação de afetos e como ferramenta terapêutica.” Conforme explicita Tavares (2003, p.36), “no que tange à implementação de novos dispositivos assistenciais em saúde mental, a arte oferece a possibilidade de reinvenção da existência do doente mental como potência agenciadora de singularidades no processo de construção da cidadania”.

Com referência ao trabalho com o Corpo em Reabilitação Psicossocial Nascimento & Pítia (2010), concluíram no seu estudo a importância da convivência e da socialização no âmbito dos exercícios praticados em grupo numa oficina de trabalho corporal, que também proporcionou uma melhor consciência corporal aos seus participantes. Da descrição de um estudo de caso de um utente evidenciaram a melhoria nas habilidades práticas, aumento da autonomia e coordenação motora mais direcionada para as rotinas de vida diária. Silva, Pedrão & Miasso (2012) corroboram esta posição, referindo-se ao corpo como forma de intervenção em saúde mental, tendo em conta a presença de alterações corporais que podem decorrer da própria perturbação mental ou dos efeitos prolongados da medicação psiquiátrica e que em larga medida interferem na realização de atividades quotidianas e nas relações interpessoais. Referindo-se a Furtado (1995), os autores expõem que “os trabalhos de intervenção corporal no campo da saúde mental têm como foco principal o retorno à realidade do corpo, tão distanciada, para o portador de transtorno psíquico.” (Silva et al, 2012, p. 35). A dança, ao possibilitar a expressão corporal, proporciona autonomia e liberdade, despertando para a possibilidade de se projetar efetivamente no mundo à sua volta. “Esse encontro consigo mesmo e a reconstrução da individualidade vislumbra ao portador de transtorno mental a possibilidade de uma verdadeira inserção na sociedade.” (Silva et al, 2012, p.39).

2. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS

2.1 Metodologia

2.1.1 Objetivos do Estudo

Este estudo visa verificar se os participantes de um programa de Dança, aplicando metodologias ligadas à Biodança, apresentam melhorias ao nível dos fatores pessoais, desenvolvendo a dança como uma estratégia em reabilitação psicossocial.

Como objetivos específicos foram delineados:

Através da avaliação realizada durante a observação do programa de dança, verificar alterações positivas nos participantes, ao nível dos domínios da escala LMA adaptada “Freedom to Move”:

- ✓ Sentimento de prazer e bem-estar;
- ✓ Conexão com o aqui e agora;
- ✓ Conexão e comunicação com os outros;
- ✓ Noção do corpo, amplitude dos movimentos;
- ✓ Capacidade física e coordenativa;
- ✓ Conexão entre o pensamento, a imaginação e o corpo.

Através da avaliação realizada durante a observação do programa de dança, verificar alterações positivas nos participantes, ao nível dos indicadores da NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem, 2010) em relação:

- ✓ Autoestima;
- ✓ Nível de ansiedade;
- ✓ Nível de agitação;
- ✓ Habilidades de Interação Social;
- ✓ Comunicação: expressão;
- ✓ Movimento Coordenado;
- ✓ Equilíbrio.

Assim, espera-se que a aplicação deste programa, inserido num plano de intervenção pluridisciplinar, favorecerá mudanças significativas ao nível dos domínios e itens supracitados, procurando desenvolver-se a dança como um mediador terapêutico em reabilitação psicossocial em adultos classificados com deficiência intelectual e adolescentes classificados com doença mental.

As sessões serão projetadas mediante o nível de capacidade física e intelectual dos participantes e de acordo com os objetivos propostos para o estudo. As estruturas das sessões para ambos os grupos podem ser consultadas em apêndices VI e VII (programa de dança direcionado a adultos classificados com deficiência intelectual e adolescentes classificados com doença mental, respetivamente).

2.1.2 A Recolha das Informações

Os Instrumentos de Caracterização foram desenvolvidos de forma a descrever a caracterização sociodemográfica dos participantes, tendo sido selecionadas variáveis como: género, idade, nível de habilitações (escolaridade) e tempo de internamento na instituição ou início do projeto terapêutico. Também foi realizada a caracterização dos participantes no estudo relativamente aos diagnósticos clínicos no contexto de adultos classificados com deficiência intelectual.

Ao nível dos Instrumentos de Avaliação do programa de Intervenção selecionou-se uma metodologia de análise quantitativa por meio da utilização e aplicação da escala de Avaliação LMA Adaptada “Freedom to move” (anexo I) e grelhas de observação NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem adaptadas (apêndice I), e numa análise do programa de dança, na perspetiva dos participantes (apêndice II) e na perspetiva do terapeuta (apêndice III). Cada um destes instrumentos será apresentado de seguida.

Escala de Avaliação LMA Adaptada “Freedom to move” (Dunphy & Scott, 2003)

Esta escala foi elaborada por Dunphy & Scott (2003), com o objetivo de avaliar programas de dança de forma geral em vários tipos de população, sendo que nos seus estudos, os autores referem-se especificamente a contextos de pessoas com necessidades especiais. Esta escala foi adaptada e traduzida para português por Claro (2012) e é constituída por uma grelha de observação da sessão de Dança, que tem como objetivo

registar os dados observados de cada sessão por cada participante individualmente. Esta grelha define-se por quatro blocos distintos: a data e número da sessão observada; identificação do participante e do avaliador; os itens a avaliar (descrição dos domínios e respetivos subdomínios) e por fim a escala.

A escala é constituída por nove domínios, sendo estes: Sentimento de prazer e bem-estar; Comunicação com o aqui e agora; Conexão e comunicação com os outros; Noção do corpo, amplitude dos movimentos; Capacidade física e coordenativa; Capacidade para relaxar; Conexão entre o pensamento, a imaginação e o corpo; Desenvolver a capacidade de iniciativa, de decisão e de liderança; Capacidade de performance/desempenho. Nesta escala de avaliação os itens são cotados de um a cinco, sendo a cotação de um a que revela um comportamento menos ajustado, e a cotação de cinco a que revela um comportamento ajustado. A recolha dos dados é realizada através da observação de movimentos e através de uma comunicação informal e formal fornecida pelos participantes e técnicos, tendo a escala sido aplicada em dois momentos de avaliação, ao longo do programa de intervenção.

Para este estudo, recorrendo aos autores Dunphy & Scott (2003) e de acordo com objetivos do programa de intervenção para as populações em estudo e com o nível de capacidade física e intelectual dos participantes, foram utilizados seis domínios da escala, constituídos por vários itens, que são apresentados de seguida.

O domínio Sentimento de prazer e bem-estar está dividido em sete itens que são: feedback informal da sessão, observação do comportamento não-verbal: (expressão facial, postura, relacionamentos), observação da comunicação verbal/vocalizações, assiduidade, nível de Envolvimento e nível de Entusiasmo.

O domínio Conexão com o aqui e agora está dividido em dois itens: atenção na atividade do grupo e a energia despendida de forma apropriada na atividade.

O domínio Conexão e comunicação com os outros encontra-se dividido em comunicação não-verbal e comunicação verbal. Dentro da comunicação não-verbal existem oito itens: energia dirigida de forma apropriada ao colega ou ao grupo, contacto visual, uso do espaço pessoal, iniciar o contacto, manutenção do contacto, libertação do contacto, desenvolver contacto físico apropriado. Dentro da comunicação verbal, existem três itens: interação verbal expressiva, interação verbal apropriada (ouvir, devolver e partilhar sentimentos) e confiança ao expressar-se (verbal ou não verbal).

No domínio Noção do corpo, amplitude dos movimentos (articulação das partes do corpo), foram utilizados oito itens: superior (cabeça, ombros, braços, mãos), centro (abdominais, peito, pélvis, coluna vertebral), Inferior (pernas, joelhos, tornozelos, pés), Extremidades (braços, pulso, dedos), Utilização do espaço (próximo, médio, distante), Qualidades dos movimentos (esforço): fluidez do movimento, Utilização do espaço (dimensões: vertical, horizontal, transversal), Tempo (sustentado - repentino/súbito).

No domínio Conexão entre o pensamento, a imaginação e o corpo, existe um item: habilidade para explorar o pensamento ou sentimentos através de movimentos expressivos.

Grelhas de observação adaptadas da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC, 2010)

Esta grelha foi adaptada com base num conjunto de resultados que a dança poderia oferecer, tendo sido seleccionados os seguintes indicadores, adaptados em cada um dos contextos: Autoestima (1205), Nível de ansiedade (1211), Nível de agitação (1214), Habilidades de Interação Social (1502), Comunicação: expressão (0903), Equilíbrio de Humor (1204), Movimento Coordenado (0212) e Equilíbrio (0202).

Em cada um destes indicadores, foram seleccionados um conjunto de itens a avaliar de acordo com as escalas da Classificação dos Resultados de Enfermagem (2010). Esta grelha foi aplicada em dois momentos de avaliação, ao longo do programa de intervenção, coincidentes com a aplicação da escala LMA Adaptada “Freedom to move”. A recolha dos dados, similarmente à escala “Freedom to move”, é realizada através da observação e através de uma comunicação informal e formal fornecida pelos participantes e técnicos presentes.

Avaliação do Programa de Dança na Perspetiva dos Participantes

A avaliação do programa de dança por parte dos participantes foi realizada, por meio de um questionário individual, a cada elemento dos grupos, que abordava um conjunto de perguntas sucintas que descreviam resumidamente: como se sentiram de forma geral durante as sessões e com o grupo; os aspetos positivos das sessões; que benefícios obtiveram deste programa; se contribuiu para o seu bem-estar; aspetos que gostariam que tivessem sido diferentes; se continuariam com as sessões se houvesse essa possibilidade e porquê; sugestões ou algo mais a acrescentar. Este questionário, aplicado no final do programa de intervenção e foi elaborado de acordo com as

orientações para a elaboração de questionários aos participantes de um programa de dança de Dunphy & Scott (2003).

Avaliação do Programa de Dança na perspectiva do Terapeuta

A avaliação qualitativa do programa de dança sob a perspectiva do terapeuta foi elaborada em cada sessão e baseia-se nas orientações de Payne (1992), com um quadro de observação traduzida e adaptada por Santos, (1999), tendo permitido elaborar um registo descritivo das sessões implementadas, fornecendo informações acerca dos equipamentos/músicas utilizados; objetivos/temas predominantes; o que aconteceu globalmente incluindo a estrutura usada, respostas e dinâmicas de grupo; alguma mudança notada; algumas expressões específicas (verbais/não verbais); avaliação (incluindo aspetos relacionais, objetivos atingidos, futuros objetivos para a próxima sessão); outros comentários; registo do seu próprio processo (o que se passou consigo? Incluindo ideias, memórias, sentimentos que emergiram antes, durante e/ou depois desta sessão de grupo).

2.1.3 Tratamento dos Dados

Os dados obtidos mediante a Grelha de Observação da Escala de avaliação de LMA Adaptada (Dunphy & Scott, 2003) e Classificação dos Resultados de Enfermagem (2010), foram introduzidos numa base de dados no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20 para Windows, procedendo-se de seguida à análise dos resultados de forma a identificar se existiram diferenças significativas entre os momentos de observação inicial e final.

Para este trabalho em específico, no que diz respeito à Escala de avaliação LMA adaptada e Grelhas NOC, foram agrupados os resultados em Alterações positivas, Alterações negativas e Sem Alterações face ao inicial, de forma a sistematizar os ganhos que a intervenção teve ao nível dos participantes.

Com Alteração positiva, entende-se uma mudança na escala de likert em cada item da mesma, para um nível superior ao que tinha sido registado na primeira sessão de intervenção. Com Alteração negativa entende-se uma mudança na escala de likert, em cada item, para um nível inferior em relação ao que tinha sido registado na primeira sessão de intervenção. Sem alterações face ao inicial corresponde à manutenção do score da escala de likert, em comparação com o inicial.

Para a análise dos dados relativos à avaliação do programa de intervenção por parte dos participantes foi elaborada uma análise descritiva de acordo com as expressões relatadas nos questionários preenchidos pelos participantes.

2.2 Dançar a Vida com Adultos classificados com Deficiência Intelectual

2.2.1. Participantes

Os sujeitos em estudo foram constituídos por dez utentes adultos com diagnóstico de deficiência intelectual, que se encontram internados numa Unidade de Deficiência Intelectual de Evolução Prolongada da Casa de Saúde da Idanha. A seleção dos participantes foi realizada com base nos critérios de inclusão e exclusão delineados para o programa de intervenção. Os critérios para a inclusão neste grupo de intervenção são utentes integrantes desta Unidade e a manifestação de desejo por parte dos mesmos em participar nas sessões de grupo. Os critérios de exclusão constituíram a presença de limitação física impeditiva na participação das atividades, diagnóstico de deficiência intelectual profunda ou outros diagnósticos que limitem os indivíduos a frequentarem o programa.

2.2.2. Procedimentos

Para a operacionalização do presente estudo foi contactada a Direção Técnica da Casa de Saúde da Idanha, tendo-se submetido o pedido de autorização institucional, com a apresentação do projeto de investigação, para a realização deste estudo. O pedido foi feito em Julho de 2014, obtendo a resposta positiva para a realização da investigação na mesma altura. Tendo-se obtido a autorização foi contactada a enfermeira-chefe e equipa multidisciplinar da unidade de internamento, de forma a divulgar os procedimentos da investigação. Após a apresentação do estudo com os elementos do serviço, foram reunidos os participantes de acordo com os critérios de seleção estabelecidos e agendado o início do programa, que principiou a 14 de outubro de 2014 e terminou a 16 de dezembro do mesmo ano. As sessões de dança decorreram no ginásio da Casa de Saúde da Idanha, efetuando-se a previsão dos recursos necessários para a implementação da intervenção.

Às pessoas que aceitaram participar na investigação, foi solicitada a sua autorização para a participação e recolha de dados, ou em caso de incapacidade, ao seu tutor legal, através da folha de Consentimento Informado (apêndice IV), garantindo a efetivação dos procedimentos ético-legais. Todos os participantes e tutor legal assinaram, tendo sido dadas todas as informações relativas às características do estudo, sua finalidade e instrumentos de avaliação que seriam utilizados. Salientou-se que todos os participantes poderiam retirar o seu consentimento a qualquer momento durante o período de estudo sendo assegurado o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos.

2.2.3. Programa de Intervenção

Antes e no decorrer da implementação das sessões de intervenção, foram realizadas reuniões com a enfermeira orientadora de forma a discutir as planificações projetadas. O programa de intervenção foi realizado de 14 de outubro de 2014 e terminou a 16 de dezembro, tendo uma duração aproximada de três meses, com um total de dez sessões. Realizou-se uma sessão por semana, na maioria, às terças-feiras, ou, na impossibilidade por reunião de equipa multidisciplinar nesse dia, à quarta-feira. Cada sessão tinha uma duração de cerca de uma hora e trinta minutos. O grupo era fechado, sendo que em cada sessão estiveram presentes entre 8 a 10 utentes. Em algumas sessões não compareceram a totalidade dos utentes por motivo de doença não psiquiátrica aguda. Também participaram nas sessões uma assistente social, uma psicóloga, uma técnica de ocupação e uma ajudante de enfermagem pertencentes à equipa multidisciplinar da Unidade 15, e estudantes da licenciatura em enfermagem, que iam auxiliando a realização dos exercícios, mediante as principais necessidades e dificuldades das utentes. Durante o programa de intervenção não foram reportadas quaisquer lesões ou efeitos adversos devido à participação no programa. As sessões delineadas para este contexto encontram-se em apêndice VI.

2.3 Dançar a Vida com Adolescentes classificados com Doença Mental

2.3.1. Participantes

Os sujeitos em estudo foram constituídos por oito adolescentes classificados com doença mental, que se encontravam, a frequentar Hospital de Dia de um serviço de Pedopsiquiatria, distribuídos em dois grupos de intervenção, com quatro adolescentes cada um. A seleção dos participantes foi realizada com base nos critérios de inclusão e exclusão delineados para o programa de intervenção. Os critérios para a inclusão neste grupo de intervenção são adolescentes integrantes do Hospital de Dia. Os critérios de exclusão constituíram a presença de limitação física impeditiva na participação das atividades, diagnóstico de deficiência intelectual profunda ou outros diagnósticos que limitassem os indivíduos a frequentarem o programa.

2.3.2. Procedimentos

Para a operacionalização do presente estudo foi apresentado o projeto de estágio ao Enfermeiro Chefe de um serviço de Pedopsiquiatria, que deu parecer positivo para a realização do mesmo, integrado nas sessões de movimento que já decorriam neste contexto e eram dinamizadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que desenvolvem as intervenções terapêuticas de grupo neste âmbito. O projeto foi então apresentado aos enfermeiros responsáveis pela dinamização destas atividades, tendo sido reunidos os participantes de acordo com os critérios de seleção estabelecidos e agendado o início do programa, que principiou a 23 de outubro de 2014 e terminou a 13 de fevereiro de 2015. As sessões de dança decorreram na Sala de Movimento do Hospital de Dia, efetuando-se a previsão dos recursos necessários para a implementação da intervenção.

Aos adolescentes que iriam participar na investigação, foi solicitada a sua autorização para a participação e recolha de dados, bem como ao seu responsável, através da folha de Consentimento Informado (apêndice V), garantindo a efetivação dos procedimentos ético-legais. Todos os participantes e pessoa responsável assinaram, tendo sido dadas todas as informações relativas às características do estudo, sua finalidade e instrumentos de avaliação que seriam utilizados. Salientou-se que todos os participantes poderiam retirar o seu consentimento a qualquer momento durante o

período de estudo sendo assegurado o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos.

2.3.3. Programa de Intervenção

Antes e no decorrer da implementação das sessões de intervenção, foram realizadas reuniões com o enfermeiro orientador de forma a discutir as planificações projetadas. O programa de intervenção teve uma duração aproximada de cinco meses, com um total de seis sessões num grupo e cinco sessões no outro. Realizou-se uma sessão em cada grupo de duas em duas semanas. Cada sessão tinha uma duração de cerca de uma hora e trinta minutos. Os grupos eram semiabertos, sendo que em cada sessão estiveram presentes entre 4 a 7 adolescentes em cada grupo. Também participaram nas sessões os enfermeiros do Hospital de Dia e estudantes da licenciatura em enfermagem. Durante o programa de intervenção não foram reportadas quaisquer lesões ou efeitos adversos devido à participação no programa. As sessões delineadas para este contexto encontram-se em apêndice VII.

2.4. As Competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

Este relatório tem como base o trabalho desenvolvido ao longo do Estágio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental. Foi possível, no decorrer do mesmo, refletir e trabalhar as competências do EESM, cruzando-as com os conhecimentos obtidos e com as experiências vividas neste percurso.

É assim pretendido, neste capítulo, avaliar cada competência que me propus alcançar com este estágio e identificar quais as atividades que permitiram tomar contacto com cada uma delas, construindo assim um caminho na obtenção do grau de Especialista em Enfermagem de Saúde Mental.

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

Esta unidade de competência foi atingida mediante a elaboração de reflexões semanais no âmbito do estágio em contexto hospitalar e em cada dia de estágio em contexto de ambulatório. O processo reflexivo foi, desta forma, uma constante, apresentando-se como um instrumento fundamental para o desenvolvimento da prática clínica. Foi assim sendo sido construído um contínuo reflexivo, com cada vez mais contacto com o era sentido, pensado e atuado durante a relação estabelecida com cada pessoa e grupo em particular e também durante a execução das atividades programadas. Durante este processo, fui-me dando conta dos processos de transferência e contra-transferência, da capacidade para estabelecer uma relação com o outro, tendo em conta a minha própria história de vida e factores que poderiam bloquear ou dificultar essas relações.

Durante a dinamização das sessões de dança fui-me também apercebendo cada vez mais dos meus próprios processos internos e refleti também sobre eles. Os resumos destas reflexões encontram-se abordados no ponto 8 das Fichas de Avaliação das Sessões de Dança na perspectiva do Terapeuta, constantes nos apêndices VIII e IX - Registo do seu próprio processo (o que se passou consigo? Incluindo ideias, memórias, sentimentos que emergiram antes, durante e/ou depois desta sessão de grupo).

Neste âmbito também foi elaborado um diário de aprendizagem apresentado em apêndice X, referente ao autoconhecimento e à dinâmica da relação terapêutica

individual, baseando-me em vários autores, que serviram para alicerçar a minha atuação e forma de estar em relação.

- ✓ *Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental.*

Em relação a esta competência foi executada a avaliação abrangente das necessidades em saúde mental do grupo de adolescentes e de uma utente classificada com deficiência intelectual.

Ainda em relação a unidade, no contexto de internamento, foram realizadas: consultas de enfermagem de seguimento; participação nas reuniões de equipa; avaliação, em contexto multidisciplinar, das principais necessidades/problemas dos utentes, potencialidades e expectativas; demonstração da utilização dos princípios da relação de ajuda e de técnicas de intervenção terapêuticas; integração dos conhecimentos teóricos na prática clínica.

No âmbito do contexto de hospital de dia foram realizadas: consultas de enfermagem de primeiro atendimento e de seguimento ao adolescente e sua família; participação na articulação com instituições sediadas na comunidade; participação nas reuniões de equipa; demonstração da utilização dos princípios da relação de ajuda e de técnicas de intervenção terapêuticas; integração dos conhecimentos teóricos na prática clínica.

- ✓ *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.*

Esta competência foi atingida mediante o desenvolvimento de intervenções de enfermagem de acordo com o projeto terapêutico de cada adolescente com doença mental e adulto com deficiência intelectual.

Neste âmbito foram realizados e implementados planos de cuidados individualizados em saúde mental aos clientes, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados, para cada contexto de estágio: um planos de cuidados direcionado a uma utente classificada com deficiência intelectual (apêndice

XII) e um plano de cuidados direcionado a um grupo de adolescentes do hospital de dia (apêndice XIII).

A elaboração destes planos de cuidados, foram feitos com base na linguagem classificada da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA.), Nursing Interventions Classification (NIC) e Nursing Outcomes Classification (NOC). A cada diagnóstico NANDA estão associados resultados NOC e intervenções NIC.

- ✓ *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.*

Esta competência foi alcançada mediante a prestação de cuidados de âmbito socioterapêutico através da intervenção com dança em ambas as populações deste estudo (apêndices VI e VII).

De forma a incrementar os conhecimentos e competências no âmbito da intervenção em grupo, foi realizado um diário de aprendizagem, constante em apêndice XI.

No âmbito da adolescência também foram realizadas intervenções no âmbito do processo criativo, recorrendo a técnicas expressivas manuais e jogos que visavam facilitar o auto-conhecimento e o favorecimento dos relacionamentos interpessoais em contexto de grupo e a participação em sessões de cinematerapia.

3. AVALIAÇÃO

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos, da aplicação do programa de intervenção, através das observações realizadas mediante a aplicação efetuada dos instrumentos de avaliação apresentados.

São primeiramente expostos os resultados para o grupo de Adultos classificados com Deficiência Intelectual, aqui denominado de Grupo 1 (G1) e posteriormente são apresentados os resultados para os grupos de Adolescentes classificados com Doença Mental, que aqui são denominados de Grupo 2 A (G2A) e Grupo 2B (G2B).

Os resultados da avaliação das sessões por parte do terapeuta, são apresentadas em apêndices VIII e IX.

3.1 Adultos classificados com Deficiência Intelectual – Grupo 1

Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por 10 participantes, todos do sexo feminino. Possuem uma média de idades de 44,6 anos (idade mínima: 22 anos; idade máxima 58 anos) e desvio padrão 11,057 anos.

Verifica-se que o tempo de internamento das participantes é de 20,9 anos com um respetivo desvio padrão de 15,947 anos. O tempo mínimo de internamento apurado é de 1 ano e o máximo de 46 anos.

No que concerne às habilitações literárias, a maioria das participantes é Analfabeta (50%). Aferiu-se de igual modo que 20% possui o 1º ano do Ensino Primário; outros 20% frequentaram o Ensino Especial e 10% completou o Ensino Primário.

Relativamente ao diagnóstico Clínico das participantes foi possível avaliar que: 60% apresenta deficiência Intelectual Ligeira; 20% apresenta deficiência Intelectual Moderada; as restantes 20% apresentam deficiência Intelectual Severa. Salienta-se que, associada à deficiência Intelectual, 20% das participantes possui também Epilepsia.

O número médio de sessões frequentadas pelas participantes no decorrer do Programa de Dança foi de 9,5 sessões (sendo o mínimo de frequências às sessões de 8 e o máximo de 10).

3.1.1. Análise dos domínios da Escala de Avaliação LMA Adaptada “Freedom to move” (G1)

Da análise realizada aos domínios da escala LMA Adaptada “Freedom to move”, segundo a comparação entre a observação inicial e a final do programa de dança, podemos reter:

No domínio do **Sentimento de prazer e bem-estar** verificaram-se alterações positivas entre a observação inicial e a final, ao nível de quase todos os itens, com exceção do item Assiduidade em que 6 participantes foram muito regulares durante o programa e uma delas baixou a sua assiduidade na observação final para regular. No feedback informal e na observação direta a satisfação das participantes (10 participantes e 8 participantes respetivamente) passou de satisfeito para muito satisfeito. Na expressão facial e nos relacionamentos verificaram-se de igual modo, alterações positivas face ao inicial por parte das participantes. Na expressão facial, 8 participantes alteraram a sua expressão de alegres para muito alegres. Nos relacionamentos também 8 participantes passaram de divertidos para muito divertidos. Nos itens do envolvimento e da comunicação verbal, verificaram-se igualmente alterações positivas pois 7 participantes passaram de um nível de muito pouca/pouca comunicação para o nível do comunica, assim como, passaram de pouco envolvimento para muito envolvimento. As participantes, na sua maioria, alteraram o seu entusiasmo de um pouco para muito (7 participantes). Quanto à postura verificaram-se alterações de um pouco relaxado/relaxado para muito relaxado (6 participantes).

Tabela 1. Domínio Sentimento de prazer e bem estar (G1)

Sentimento de prazer e bem-estar	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Feedback informal	10	0	0
Observação direta	8	0	2
Expressão Facial	8	0	2

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

Postura	6	0	4
Relacionamentos	8	0	2
Comunicação verbal	7	0	3
Assiduidade	0	1	9
Nível de Envolvimento	7	0	3
Nível de Entusiasmo	7	0	3

Perante a tabela exposta, parece que a dança oferece contributos positivos ao nível do domínio de sentimento de prazer, visíveis principalmente ao nível dos itens: feedback informal, observação direta, expressão facial, relacionamentos, comunicação verbal e nível de envolvimento na atividade de grupo, parecendo deste modo, um recurso importante a utilizar neste tipo de população.

No domínio da **Conexão com o aqui e o agora** observaram-se durante o programa de dança, ao nível dos dois itens que o compõem alterações na sua maioria positivas nos participantes. Em relação à Atenção na atividade de grupo, 5 participantes melhoraram a sua capacidade de atenção, 4 mantiveram e apenas um diminuiu (passou de neutro para parcialmente distraído). No que respeita à Energia despendida de forma apropriada na atividade a grande maioria das participantes (9 participantes) aumentou positivamente.

Tabela 2. Domínio Conexão com o aqui e o agora (G1)

Conexão com o aqui e o agora	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Atenção na atividade de grupo	5	1	4
Energia despendida na atividade	9	0	1

Perante os resultados expostos, parece que a dança nesta população revela efeitos bastante favoráveis ao nível da energia despendida na atividade, tendo havido ao

nível dos participantes, uma sincronização cada vez maior de si mesmo em relação ao exercício que é proposto (mais lento e melódico, ou mais rápido e rítmico, consoante o sugerido na sessão).

No domínio da **Conexão e Comunicação com os outros** apurou-se que da Observação Inicial para a Final, a maioria das participantes evolui positivamente nos itens que compõem o domínio: Comunicação não-verbal (7 evoluções positivas); Contacto Visual (8 evoluções positivas); Uso do espaço pessoal (7 evoluções positivas); Iniciação do Contacto (8 evoluções positivas); Libertação do Contacto (9 evoluções positivas); Resposta ao contacto (6 evoluções positivas); Contacto físico apropriado (7 evoluções positivas); Comunicação Verbal (6 evoluções positivas) e Confiança ao expressar-se (9 evoluções positivas).

Nos itens Manutenção do contacto e Interação verbal apropriada verificou-se algumas evoluções negativas e na sua maioria manutenções da posição: na Manutenção do Contacto houve duas participantes que baixaram de muito bem-sucedido para algo bem-sucedido e 7 participantes mantiveram a sua posição inicial de muito bem-sucedido; na Interação verbal apropriada a maioria das participantes (6 participantes) mantiveram a sua posição inicial de algo apropriado.

Tabela 3. Domínio Conexão e Comunicação com os outros (G1)

Conexão e Comunicação com os outros	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Comunicação não-verbal	7	1	2
Contacto Visual	8	0	2
Uso do espaço pessoal	7	0	3
Iniciação do contacto	8	0	2
Manutenção do contacto	1	2	7
Libertação do contacto	9	0	1
Resposta ao contacto	6	1	3

Contacto físico apropriado	7	0	3
Comunicação verbal	6	1	3
Interação verbal apropriada	4	0	6
Confiança ao expressar-se	9	0	1

Parece-nos deste modo, que a dança se evidencia como uma estratégia importante nesta população, principalmente no favorecimento do contacto visual, a iniciação do contacto com o outro, favorecendo a iniciativa ao estabelecimento das relações interpessoais, na libertação do contacto, favorecendo a despedida e facilitando as trocas e o encontro com novos colegas. Deste modo, a dança parece favorecer a interação entre todos os participantes. Para além disso, pelos resultados expostos parece que a dança pode ser uma intervenção eficaz quando se pretende facilitar a confiança ao expressar-se perante o outro.

Salienta-se que nesta população não se evidenciam alterações positivas na manutenção contacto, pois as participantes o mantinham consistentes desde o início do programa de intervenção, tendo sido as melhorias significativas nos indicadores opostos (libertação e iniciação do contacto). Ao longo do programa de intervenção o desafio foi proporcionar cada mais a espontaneidade e a iniciativa para procurar novos companheiros para realizar os exercícios.

Ao nível da interação verbal apropriada também não se evidenciam alterações positivas dado pela dificuldade intelectual das participantes.

À semelhança do domínio anterior, no domínio **Noção do corpo, amplitude dos movimentos (articulação das partes do corpo)** também se conseguiu aferir da Observação Inicial para a Final uma evolução positiva na maioria dos itens que compõem este domínio: Superior (8 evoluções positivas); Centro (8 evoluções positivas); Inferior (6 evoluções positivas); Extremidades (9 evoluções positivas); Utilização do espaço (próximo, médio, distante) (5 evoluções positivas); Utilização do espaço (dimensões: vertical, horizontal, transversal) (7 evoluções positivas) e o Tempo (8 evoluções positivas).

No item Qualidade dos movimentos a maioria das participantes (7 participantes manteve a sua posição inicial (1 manteve “Muito baixo nível de controlo”; 3 mantiveram-se neutras e 3 mantiveram “Algum nível de controlo”).

Tabela 4. Domínio Noção do corpo, amplitude dos movimentos (G1)

Noção do Corpo, amplitude dos movimentos	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Superior	8	0	2
Centro	8	0	2
Inferior	6	0	4
Extremidades	9	0	1
Utilização do espaço	7	0	3
Qualidade dos movimentos	3	0	7
Utilização do espaço (dimensões)	7	0	3
Tempo	8	0	2

Em função dos resultados, sugere-se que possam haver contributos positivos do recurso à dança neste domínio, com uma melhor noção do corpo e amplitude dos movimentos, principalmente, ao nível superior (cabeça, ombros, braços, mãos), centro (abdominais, peito, pélvis, coluna vertebral) e extremidades (braços, pulso, dedos). Para além disso, parece também que a dança é uma estratégia com efeitos positivos quando ao nível desta população se quiser trabalhar as variações do tempo (sustentado - repentino/súbito), estimulando os participantes na variância aos tempos seleccionados.

Salientam-se resultados neutros em relação à articulação dos movimentos ao nível inferior (pernas, joelhos, tornozelos, pés), observando-se muitos vezes desequilíbrios na mobilização destes segmentos por parte das participantes. Ao nível da Qualidade dos movimentos os resultados também são neutros, o que nos parece que seja devido ao muito baixo nível de controlo que as participantes têm ao nível da fluidez do

movimento. Movimentos mais lentos e redondos foram observados consistentemente como muito difíceis de realizar pela maioria das participantes, ao passo que movimentos mais rítmicos e rápidos eram mais facilmente executados.

No domínio **Conexão entre o pensamento, a imaginação e o corpo** verificou-se que as 8 participantes evoluíram positivamente.

Tabela 5. Domínio Conexão entre o pensamento, a imaginação e o corpo (G1)

Conexão entre o pensamento, a imaginação e o corpo	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
--	----------------------	----------------------	--------------------------------

Habilidade para explorar o pensamento ou Sentimentos através de movimentos expressivos	8	0	2
--	---	---	---

Pelo exposto, a dança enquanto estratégia em reabilitação psicossocial parece ser importante quando se quiser trabalhar esta dimensão, estimulando a expressividade através da evocação do pensamento e do sentimento.

3.1.2 Análise dos indicadores da NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem, 2010) (G1)

Das observações realizadas através do programa de dança foi possível aferir alterações, no que concerne, aos indicadores da NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem, 2010):

Na **Autoestima** constataram-se alterações positivas, ao longo das observações realizadas, quanto à manutenção de uma postura ereta (7 participantes); à manutenção do contacto com os olhos (8 participantes); à consideração com os outros (7 participantes) e uma menos incidência na aceitação dos cumprimentos dos outros (5 participantes).

Tabela 6. Autoestima (G1)

Autoestima	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Manutenção de uma postura ereta	7	1	2
Manutenção do contacto com os olhos	8	0	2
Consideração com os outros	7	0	3
Aceitação dos cumprimentos dos outros	5	0	5

Perante os resultados expostos, parece que a dança pode ser uma estratégia favorável na promoção da autoestima, com alterações positivas na maioria dos itens supracitados.

No **Nível de Ansiedade** verificaram-se também alterações positivas nos seus indicadores:

- na Irritabilidade verificou-se uma diminuição em 5 participantes e uma manutenção da mesma em 5 participantes, sendo que destes, 3 participantes não apresentavam inicialmente qualquer irritabilidade;

- na Tensão Facial aferiu-se uma diminuição na tensão verificada (6 participantes) e uma manutenção na tensão em 4 participantes (2 leve, 1 moderada e outra substancial);
- na Tensão Muscular verificou-se uma diminuição em 5 participantes e uma manutenção em 5 participantes (1 substancial; 2 moderada e 2 leve).
- cerca de metade dos participantes não apresentou comportamentos problemáticos ao longo das observações, apenas um participante manteve o comportamento inicial considerado moderado. Houveram 2 participantes que melhoraram o seu comportamento ao longo das observações e um piorou (passou de moderado a substancial), devido a fatores de ordem pessoal, que provocaram a sua destabilização.

Tabela 7. Nível de ansiedade (G1)

Nível de ansiedade	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Irritabilidade	5	0	5
Tensão facial	6	0	4
Tensão muscular	5	0	5
Comportamento problemático	2	1	7

No que concerne a este item verifica-se que a dança proporcionou melhorias ao nível da tensão facial das participantes, não apresentando resultados significativos na maioria dos itens avaliados, sendo que em relação ao comportamento problemático, não se verificaram efeitos positivos com esta intervenção nesta população.

No que concerne ao **Nível de Agitação** constatou-se, no decurso das observações, alterações positivas ao nível do andar de um lado para o outro (7 participantes); nos movimentos repetitivos (7 participantes) e na dificuldade de permanecer nas tarefas (8 participantes).

Tabela 8. Nível de agitação (G1)

Nível de agitação	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Andar de um lado a outro	7	0	3
Movimentos repetitivos	8	0	2
Dificuldade de permanecer nas tarefas	8	0	2

Em função dos resultados aparenta haver interesse em utilizar a dança como estratégia quando se quiserem trabalhar domínios como o nível de agitação.

Ao nível das **Habilidades de Interação Social**, apurou-se também na sua maioria alterações positivas, quer ao nível da cooperação com os outros (8 participantes), quer na mostra de sensibilidade aos outros (6 participantes) e na mostra de receptividade (7 participantes). Nesta última, verificou-se uma alteração da receptividade frequentemente demonstrada para moderadamente.

Tabela 9. Habilidades de interação social (G1)

Habilidades de interação social	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Cooperação com os outros	8	0	2
Mostra de sensibilidade aos outros	6	0	4
Mostra de receptividade	7	0	3

A dança aparenta ser uma intervenção importante quando, nesta população, se quiserem trabalhar as habilidades de interação social, visíveis pelos resultados obtidos, principalmente na cooperação com os outros e na mostra de receptividade.

Relativamente à **Comunicação**, mais propriamente o uso da linguagem não-verbal, constatou-se uma manutenção, ou seja, 5 participantes mantiveram o uso da linguagem não-verbal levemente comprometida e uma participante muito

comprometida. Os restantes participantes, ao longo das observações, assistiram ao melhoramento do seu comprometimento face à comunicação não-verbal.

Tabela 10. Comunicação: Expressão (G1)

Comunicação: Expressão	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Uso de linguagem não-verbal	5	0	5

Pelo exposto verifica-se que nesta população a intervenção com dança proporcionou alterações pouco significativas no favorecimento da linguagem não-verbal, com maior recurso à espontaneidade e expressividade.

No que respeita ao **Movimento Coordenado** verificaram-se as seguintes alterações nos seus indicadores:

- a maioria dos participantes (8 participantes) manteve a suavidade dos movimentos iniciais (3 levemente comprometidos, 2 moderadamente comprometidos, 2 muito comprometido e 1 gravemente comprometido). Apenas dois participantes sofreram alterações positivas ao nível da suavidade dos movimentos (1 passou de muito a moderadamente comprometido e outro de muito a levemente comprometido);
- nos restantes indicadores aferiram-se alterações muito positivas: aumento em 8 participantes da capacidade de movimentos da direção desejada; aumento em 7 participantes dos movimentos no momento certo desejado e o aumento em 5 participantes dos movimentos na velocidade desejada.

Tabela 11. Movimento Coordenado (G1)

Movimento coordenado	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Suavidade de movimentos	2	0	8
Movimentos na direção desejada	8	0	2
Movimentos no momento certo	7	0	3

desejado			
Movimentos na velocidade desejada	5	0	5

Mediante os resultados supracitados, verifica-se que a dança pode ser um recurso importante nesta população na estimulação do Movimento Coordenado, principalmente ao nível da estimulação dos movimentos na direção desejada e no momento certo desejado.

Ao nível do **Equilíbrio** constatou-se, ao longo das observações realizadas, uma manutenção do equilíbrio enquanto caminha (8 participantes), sendo esta manutenção ao nível do não comprometimento (4 participantes), do comprometimento leve (3 participantes) e do comprometimento moderado (1 participante). Quanto ao equilíbrio apoiado num só pé, verificou-se igualmente uma manutenção do mesmo face ao inicial (8 participantes). Contudo, esta manutenção fez-se ao nível do gravemente comprometido (2 participantes) do muito comprometido (3 participantes) e do moderadamente comprometido (3 participante).

Tabela 12. Equilíbrio (G1)

Equilíbrio	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Mantém o equilíbrio enquanto caminha	2	0	8
Mantém o equilíbrio enquanto de pé, apoiado em um só pé	2	0	8

Pelo exposto, verifica-se que a intervenção através da dança não produziu resultados significativos na promoção do equilíbrio, traduzido nos indicadores que se mantiveram sem alterações face à avaliação inicial. Destaca-se também, nesta população, um grave comprometimento do equilíbrio, o que sugere que apesar dos resultados não terem sido significativos até à data do terminus da intervenção, tais pudessem ser mais notórios com a continuidade das sessões.

3.1.3. Avaliação das sessões pelos Participantes (G1)

Pela análise dos questionários preenchidos pelos participantes obtiveram-se as seguintes respostas, expostas na tabela infra:

Tabela 13. Avaliação do Programa de Intervenção pelos Participantes (G1)

Questionário	Respostas	Expressões
1) Numa escala de 1 a 5, como se sentiu durante as sessões:	Pela análise dos questionários preenchidos pelos participantes verificou-se que a maioria dos elementos do grupo se sentiu “muito bem” (6 participantes) e “bem” (4 participantes) durante as sessões dinamizadas.	
2) Como é que se sentiu com este grupo?	A maioria dos participantes referiu satisfação, associando palavras como “divertimento”, “convívio” e “alegria” na realização dos exercícios.	<p>“Gostava que viesse mais gente”.</p> <p>“Gostei do convívio”</p> <p>“Bem, gostei do convívio e das colegas todas”</p> <p>“Senti-me feliz com o grupo”</p> <p>“Bem, é divertido”</p> <p>“Gostei de estar com o grupo”</p> <p>“Muito bem, gostei de fazer os exercícios”</p>
3) Aspectos positivos das sessões:	Os aspetos positivos mais relatados foram: a música, a mobilização, o relaxamento, a diversão, o contacto, o poder cantar e desenvolver a confiança.	<p>“Música Africana”</p> <p>“Dançar, para mexer o corpo; ouvir música”</p> <p>“Tirar as sapatilhas; fazer a roda; cantar”</p> <p>“Festinhas”</p> <p>“Gostei dos exercícios, e estar relaxada e conviver”</p> <p>“Gostava de dançar sozinha e com pares, música e de mexer”</p> <p>“Para divertir; entramos em festas e danças”</p> <p>“Cantar, bater as palmas e dançar”</p> <p>“Senti mais confiança: ir à frente na roda e dizer o nome”</p>

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

			<i>"Mexia-me, cantávamos muito e gostava da música"</i>
4)	Na sua opinião, que benefícios tiveram estas sessões para si?	Nesta questão, foram evidenciados pelos participantes, os domínios relacionados ao bem-estar, saúde física, mobilidade, alegria, relaxamento e convívio.	<i>"Divertia-me e mexia-me, convivia com as outras pessoas"</i> <i>"Faz bem à saúde; era alegre"</i> <i>"Fechava os olhos; mexia-me; cantava; é alegria"</i> <i>"Sim, mexia muito; é alegre"</i> <i>"Ajudou-me a sorrir e a ficar mais feliz"</i> <i>"Faz bem ao corpo e à saúde"</i> <i>"Fez bem ao corpo e aos braços"</i> <i>"Porque fiquei feliz; Ria-me muito"</i> <i>"Perdi peso, mexia-me; sentia alívio, mais ânimo e alegria"</i>
5)	Numa escala de 1 a 5, acha que estas sessões contribuíram para o seu bem-estar?	Todos os participantes referiram que as sessões contribuíram para o seu bem-estar, escalando-se no "muito bem" (7 participantes) e "bem" (3 participantes).	
6)	Gostava que algo tivesse sido diferente?	A maioria dos participantes respondeu que não gostaria que algo tivesse sido diferente. Alguns participantes evidenciaram aspectos como a inclusão de jogos com bolas e mais músicas africanas e músicas tradicionais portuguesas.	<i>"Gostava de ter ouvido a música do Bonga"</i> <i>"Ouvir uma música do rancho e dançar pelo menos uma vez"</i> <i>"Fazer jogos com bolas"</i> <i>"Gostava de dançar rancho e deitar-me mais nos colchões"</i> <i>"Estar em fila e fazer coreografia"</i> <i>"Gostava de música folclore"</i>
7)	Se pudesse, gostaria de continuar a frequentar estas sessões? Porquê?	Todos os participantes responderam que gostariam de continuar as sessões de biodanza, com expressões relacionadas ao divertimento e ritmo, contacto e carícias, alegria, entusiasmo, sensação de relaxamento e paz, imaginação e saúde física, desenvolvimento da autoconfiança.	<i>"Sim, porque tenho mais ritmo, estou mais treinada"</i> <i>"Sim, porque é divertido e mexido; faz bem ao corpo"</i> <i>"Sim, porque gosto imenso e das festinhas"</i> <i>"Sim, porque gosto de dançar"</i> <i>"Sim, porque faz bem à saúde e fico muito feliz"</i> <i>"Sim, porque é giro e sinto-me bem a mexer, rir, com as festinhas, ir ao</i>

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

		<p><i>chão”</i></p> <p><i>“Sim, porque era divertido, com mais alegria”</i></p> <p><i>“Gostava, porque era bom”</i></p> <p><i>“Sim, porque eu adoro; espírito mais leve, relaxada; imaginava; sentia paz; entrava num outro mundo”</i></p> <p><i>“Sim, porque faz bem ao corpo”</i></p>
8) Gostaria de dizer algo mais?	A maioria dos participantes não relatou nada nesta categoria. As sugestões relatadas relacionaram-se à possibilidade do grupo ser maior, permitindo mais escolhas e variedade de pessoas para os exercícios propostos e mais músicas com tambores e música africana.	<p><i>“Sim, quero mesmo a música do Bonga e com tambores, música africana”</i></p> <p><i>“Pensei que não sabia dançar e que não conseguia, mas afinal consigo”</i></p> <p><i>“Fico mais triste com as músicas calmas”</i></p> <p><i>“Sentia-me muito melhor”</i></p>

3.2 Adolescentes classificados com Doença Mental – Grupo 2A

Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por 4 participantes, todos eles do sexo feminino. Possuem uma média de idades de 16,25 anos (idade mínima: 15 anos; idade máxima 17 anos) e desvio padrão 0,957 anos.

Dois dos participantes possuem o 8º ano de escolaridade; um possui o 10º ano e o restante tem o 12º ano. Relativamente ao ensino frequentado, pois participantes frequentaram o ensino regular (50%) e os outros dois frequentaram Artes. Dos elementos participantes, dois possuem duas retenções em termos escolares; um participante apenas ficou retido uma vez e um outro nunca ficou retido.

Os participantes participaram nas 6 sessões realizadas.

3.2.1. Análise dos domínios da Escala de Avaliação LMA Adaptada “Freedom to move” (G2A)

Da análise efetuada aos domínios da escala LMA Adaptada “Freedom to move”, segundo a comparação entre a observação inicial e a final do programa de dança, podemos reter:

No domínio do **Sentimento de prazer e bem-estar** verificaram-se alterações positivas e/ou manutenções das posições iniciais entre as observações estudadas, ao nível de todos os itens. No Feedback informal 4 participantes apresentaram alterações positivas. Na Observação direta 3 participantes apresentaram alterações positivas e 1 participante a manter a posição inicial. Na Expressão facial, 3 participantes com alterações positivas e 1 participante a manterem a posição inicial. Na Postura verificaram-se 2 participantes com alterações positivas e 2 participantes a manterem a posição inicial. Nos Relacionamentos, 1 participante com alterações positivas e 3 participantes a manterem a posição inicial. Tanto na Comunicação verbal como na Assiduidade, todos os participantes mantiveram a sua posição inicial. Nos itens do Nível de envolvimento e do Nível de entusiasmo verificaram-se 2 participantes com alterações positivas e 2 participantes a manterem a posição inicial.

Tabela 14. Domínio Sentimento de prazer e bem estar (G2A)

Sentimento de prazer e bem-estar	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Feedback informal	4	0	0
Observação direta	3	0	1
Expressão Facial	3	0	1
Postura	2	0	2
Relacionamentos	1	0	3
Comunicação verbal	0	0	4
Assiduidade	0	0	4
Nível de Envolvimento	2	0	2
Nível de Entusiasmo	2	0	2

Perante os resultados expostos, parece que a dança nesta população oferece contributos positivos ao nível do feedback informal, da observação direta e expressão facial, revelando um nível de satisfação, prazer e bem-estar por parte dos participantes muito bom.

No domínio da **Conexão com o aqui e o agora** observaram-se durante o programa de dança, ao nível dos dois itens que o compõem, alterações na sua maioria positivas nos participantes. Em relação à Atenção na atividade de grupo, os 4 participantes mantiveram a sua posição. No que respeita à Energia despendida de forma apropriada na atividade todos os participantes (4 participantes) aumentou positivamente.

Tabela 15. Domínio Conexão com o aqui e o agora (G2A)

Conexão com o aqui e o agora	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Atenção na atividade de grupo	0	0	4

Energia despendida na atividade	4	0	0
---------------------------------	---	---	---

Perante os resultados expostos, parece que a dança nesta população revela efeitos bastante favoráveis ao nível da energia despendida na atividade, tendo havido ao nível dos participantes, uma maior adaptação e sincronização aos exercícios que são propostos, ao nível do ritmo, da melodia e fluidez.

No domínio da **Conexão e Comunicação com os outros** verificaram-se as seguintes alterações nos itens que compõem o domínio: Comunicação não-verbal (1 evolução positivas, 1 evolução Negativa e 2 manutenções de posição); Contacto Visual (3 evoluções positivas e 1 manutenção de posição); Uso do espaço pessoal (3 evoluções positivas e 1 manutenção da posição); Iniciação do Contacto (2 evoluções positivas e 2 manutenções de posição); Manutenção do Contacto (3 evoluções positivas e 1 manutenção de posição); Libertação do Contacto (3 evoluções positivas e 1 manutenção do contacto); Resposta ao contacto (4 evoluções positivas); Contacto físico apropriado (2 evoluções positivas e 2 manutenções de posição); Comunicação Verbal (2 evoluções positivas e 2 manutenções de posição); Interação verbal apropriada (1 evolução positiva, 1 evolução negativa e 2 manutenções de posição); e Confiança ao expressar-se (1 evolução positiva, 1 evolução negativa e 2 manutenções de posição).

Tabela 16. Domínio Conexão e Comunicação com os outros (G2A)

Conexão e Comunicação com os outros	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Comunicação não-verbal	1	1	2
Contacto Visual	3	0	1
Uso do espaço pessoal	3	0	1
Iniciação do contacto	2	0	2
Manutenção do contacto	3	0	1
Libertação do contacto	3	0	1
Resposta ao contacto	4	0	0

Contacto físico apropriado	2	0	2
Comunicação verbal	2	0	2
Interação verbal apropriada	1	1	2
Confiança ao expressar-se	1	1	2

Em relação a este domínio, podemos verificar que a dança pode ser um recurso importante, quando, nesta população, se quiserem trabalhar áreas relacionadas ao contacto visual com o outro, permitindo-se olhar e ser olhado; ao uso do espaço pessoal, com uma maior apropriação do espaço, com maior amplitude de movimentos dos segmentos corporais em todas as direções; em relação à manutenção do contacto com o outro e à libertação deste mesmo contacto, procurando novos companheiros para interagir de forma cada vez mais indiferenciada; e bem como na resposta ao contacto do outro, com cada vez mais permissão para interagir e comunicar de forma não verbal, utilizando-se a si mesmo, permeado pelo corpo e movimentos como interveniente principal da relação.

Aqui salienta-se que um participante revelou alterações negativas nos itens comunicação não-verbal, interação verbal apropriada e confiança ao expressar-se por agudização do seu quadro clínico.

No domínio da **Noção do corpo, amplitude dos movimentos (articulação das partes do corpo)** também foi possível aferir com base nas observações em estudo, as evoluções que compõem este domínio, tendo por base os seus itens: Superior (1 evolução positivas e 3 manutenções de posição); Centro (1 evolução positiva e 3 manutenções de posição); Inferior (4 manutenções de posição); Extremidades (2 evoluções positivas e 2 manutenções de posição); Utilização do espaço (próximo, médio, distante) (3 evoluções positivas e 1 manutenção de posição); Utilização do espaço (dimensões: vertical, horizontal, transversal) (4 evoluções positivas). Na Qualidade dos movimentos e no Tempos (4 evoluções positivas em ambas).

Tabela 17. Domínio Noção do corpo, amplitude dos movimentos (G2A)

Noção do Corpo, amplitude dos movimentos	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Superior	1	0	3
Centro	1	0	3
Inferior	0	0	4
Extremidades	2	0	2
Utilização do espaço	3	0	1
Qualidade dos movimentos	4	0	0
Utilização do espaço (dimensões)	4	0	0
Tempo	4	0	0

Verifica-se que a dança pode ser uma estratégia importante para promover, ao nível desta população, a utilização do espaço em todas as duas dimensões físicas (vertical, horizontal, transversal), bem como nas suas distâncias (próximo, médio, distante). Para além disso, constata-se resultados muito positivos ao nível da promoção da Qualidade dos movimentos, em que se verificou uma maior fluidez do movimento, movimentos mais redondos e lentos. Para além disso, também parece que a dança é uma estratégia com efeitos positivos quando ao nível desta população se quiser trabalhar as variações do tempo (sustentado - repentino/súbito), estimulando os participantes na variância aos tempos selecionados.

Salientam-se resultados neutros nesta população ao nível do trabalho com os segmentos corporais (superior, centro, inferior e extremidades), que podem ser fundamentados na inexistência de dificuldades na mobilização destes segmentos corporais.

No domínio **Conexão entre o pensamento, a imaginação e o corpo** verificou-se que os 4 participantes evoluíram positivamente.

Tabela 18. Domínio Conexão entre o pensamento, a imaginação e o corpo (G2A)

Conexão entre o pensamento, a imaginação e o corpo	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Habilidade para explorar o pensamento ou Sentimentos através de movimentos expressivos	4	0	0

Pelo apresentado, a dança parece ser importante quando se quiser trabalhar a dimensão conexão entre o pensamento, a imaginação e o corpo, estimulando a expressividade e a espontaneidade através da evocação do pensamento e do sentimento.

3.2.2 Análise dos indicadores da NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem, 2010) (G2A)

Com base nas observações realizadas através do programa de dança foi possível aferir alterações, relativamente aos indicadores da NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem, 2010):

Na **Autoestima** constatarem-se alterações positivas, ao longo das observações realizadas, quanto à manutenção de uma postura ereta (2 participantes); à manutenção do contacto com os olhos (3 participantes); à consideração com os outros (1 participante); na aceitação dos cumprimentos dos outros (3 participantes). Houveram também observações em que manteve a posição dos participantes ao nível da: manutenção de uma postura ereta (2 participantes); manutenção do contacto com os olhos (1 participante); à consideração com os outros (3 participantes) e na aceitação dos cumprimentos dos outros (1 participante).

Tabela 19. Autoestima (G2A)

Autoestima	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Manutenção de uma postura ereta	2	0	2
Manutenção do contacto com os olhos	3	0	1
Consideração com os outros	1	0	3
Aceitação dos cumprimentos dos outros	3	0	1

Verifica-se pelo exposto que a dança, ao nível deste domínio, pode indicar nesta população um favorecimento ao nível da manutenção do contacto com os olhos e na aceitação dos cumprimentos dos outros, favorecendo a promoção da autoestima nesta população.

Relativamente ao **Nível de ansiedade** verificaram-se as seguintes alterações nos seus indicadores: quer na Irritabilidade, como na Tensão facial e Tensão muscular houve uma alteração positiva por parte dos participantes e 3 manutenções da posição inicial; nenhum dos participantes apresentou Comportamentos problemáticos ao longo das observações.

Tabela 20. Nível de ansiedade (G2A)

Nível de ansiedade	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Irritabilidade	1	0	3
Tensão facial	1	0	3
Tensão muscular	1	0	3
Comportamento problemático	0	0	4

Constata-se pelo exposto, resultados neutros neste parâmetro. Os participantes situavam-se nos indicadores irritabilidade, tensão facial e muscular, na posição de

nenhum, leve a moderado, tendo apenas um participante alterado positivamente a sua posição de leve para nenhum (irritabilidade) e de moderado para nenhum (tensão facial e tensão muscular). Todos os participantes se situaram desde a avaliação inicial na posição de nenhum ao nível do comportamento problemático.

No que concerne à **Agitação** constataram-se, no decurso das observações, alterações positivas ao nível do Andar de um lado para o outro (3 participantes); nos Movimentos repetitivos (1 participante) e na Dificuldade de permanecer nas tarefas (4 participantes). Houve a manutenção das posições iniciais de 1 participante relativamente ao do Andar de um lado para o outro e 3 participantes no que respeita aos Movimentos repetitivos.

Tabela 21. Nível de agitação (G2A)

Nível de agitação	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Andar de um lado a outro	3	0	1
Movimentos repetitivos	1	0	3
Dificuldade de permanecer nas tarefas	4	0	0

No que concerne a este resultado, verifica-se que a dança pode ser um recurso importante nesta população, na diminuição do nível de agitação, com resultados positivos na dificuldade de permanecer nas tarefas e no andar de um lado a outro.

Ao nível das **Habilidades de Interação Social**, apuraram-se também alterações positivas, quer ao nível da Cooperação com os outros (3 participantes), quer na Mostra de sensibilidade aos outros (1 participante) e na Mostra de recetividade (3 participantes). Verificaram-se também manutenção das posições iniciais no que diz respeito à Cooperação com os outros (1 participante); na Mostra de sensibilidade aos outros (3 participantes) e na Mostra de recetividade (1 participante).

Tabela 22. Habilidades de interação social (G2A)

Habilidades de interação social	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Cooperação com os outros	3	0	1
Mostra de sensibilidade aos outros	1	0	3
Mostra de receptividade	3	0	1

Verifica-se que a dança pode ser um recurso eficaz quando se quiserem trabalhar, nesta população comportamentos pessoais que promovem relações eficientes, com a predominância nestes participantes no favorecimento da cooperação com os pares e a mostra de receptividade em relação aos mesmos.

Na **Comunicação**, mais propriamente no que respeita ao uso da linguagem não-verbal, constatou-se uma manutenção, ou seja, 3 participantes mantiveram o uso da linguagem não-verbal inicialmente usada (2 mantêm a posição moderadamente comprometido e 1 mantém a posição levemente comprometido). O restante participante, mostrou uma alteração positiva (*levemente comprometido para não comprometido*).

Tabela 23. Comunicação: Expressão (G2A)

Comunicação: Expressão	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Uso de linguagem não-verbal	1	0	3

No que concerne a este resultado não se observam alterações significativas, através do uso da dança como recurso à promoção do uso de linguagem não-verbal.

No que diz respeito ao **Movimento Coordenado** verificaram-se as seguintes alterações nos seus indicadores: a maioria dos participantes (3 participantes) sofreu alterações positivas relativamente à Suavidade dos movimentos iniciais, tendo apenas um participante mantido a sua posição inicial; nos restantes indicadores aferiram-se alterações positivas: aumento em 2 participantes da capacidade de Movimentos na

direção desejada; aumento em 3 participantes dos Movimentos no momento certo desejado e o aumento em 4 participantes dos Movimentos na velocidade desejada.

Tabela 24. Movimento Coordenado (G2A)

Movimento coordenado	Alterações	Alterações	Sem alterações face ao inicial
	Positivas	Negativas	
Suavidade de movimentos	3	0	1
Movimentos na direção desejada	2	0	2
Movimentos no momento certo desejado	3	0	1
Movimentos na velocidade desejada	4	0	0

Pelos resultados obtidos, verifica-se que a dança, nesta população, favoreceu a suavidade de movimentos, os movimentos no momento certo e na velocidade desejada, promovendo o movimento coordenado.

No **Equilíbrio** verificou-se, ao longo das observações realizadas, uma manutenção do equilíbrio enquanto se caminha (4 participantes - 1 mantém a posição levemente comprometido; 3 mantêm a posição não comprometido); quanto ao equilíbrio apoiado num só pé, verificou-se igualmente uma manutenção do mesmo face ao inicial (3 participantes), embora se tenha aferido uma alteração positiva de um participante neste indicador de moderadamente comprometido para levemente comprometido.

Tabela 25. Equilíbrio (G2A)

Equilíbrio	Alterações	Alterações	Sem alterações face ao inicial
	Positivas	Negativas	
Mantém o equilíbrio enquanto caminha	0	0	4
Mantém o equilíbrio enquanto de pé, apoiado em um só pé	1	0	3

Pelos resultados supracitados, verifica-se que a dança aparenta apresentar resultados neutros quando nesta população se quiser trabalhar o equilíbrio. No entanto é de referir que a maioria dos participantes não apresentavam dificuldades ao nível deste domínio.

3.2.3. Avaliação das sessões pelos Participantes (G2A)

Tabela 26. Avaliação do Programa de Intervenção pelos Participantes (G2A)

Questionário	Respostas	Expressões
1) Numa escala de 1 a 5, como se sentiu durante as sessões:	Pela análise dos questionários preenchidos pelos participantes verificou-se que a maioria dos elementos do grupo se sentiu “bem” (3 participantes) e 1 “muito bem” durante as sessões dinamizadas.	
2) Como é que se sentiu com este grupo?	A maioria dos participantes referiu satisfação, associando expressões de conforto, de inclusão e de animosidade com o grupo.	<p>“Confortável”</p> <p>“Integrado, senti que há alguém que me compreende”</p> <p>“Senti-me bem porque dei-me bem com todas as pessoas do grupo”</p> <p>“Bem, mas senti que tinha de me expor menos às pessoas”</p>
3) Aspetos positivos das sessões:	Os aspetos positivos relatados estiveram associados à: descontração; promoção dos relacionamentos interpessoais e do autodesenvolvimento; dançar, escrever e relaxar”.	<p>“Consegui descontrair-me no meio de pessoas em que algumas não conheço muito bem”</p> <p>“Melhorar a nossa integridade física de forma a melhorar a nossa relação social fora do grupo”</p> <p>“Melhorar as nossas dificuldades individuais”</p> <p>“Dançar, escrever, apresentar, relaxamento”</p>
4) Na sua opinião, que benefícios tiveram estas sessões para si?	Nesta questão, foram evidenciados pelos participantes, os domínios relacionados à autoestima, ao conhecimento de si mesmo e do outro.	<p>“Confiança em mim e nos outros, autoestima”</p> <p>“Acho que cada sessão contribui para nos conhecermos melhor”</p> <p>“Perceber em que situações já me</p>

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

<i>sinto mais à-vontade”</i>		
5) Numa escala de 1 a 5, acha que estas sessões contribuíram para o seu bem-estar?	Todos os participantes referiram que as sessões contribuíram para o seu bem-estar, posicionando-se no “muito bem” (1 participante) e “bem” (3 participantes).	
6) Gostava que algo tivesse sido diferente?	Todos os participantes respondeu que não gostaria que algo tivesse sido diferente.	
7) Se pudesse, gostaria de continuar a frequentar estas sessões? Porquê?	Todos os participantes responderam que gostariam de continuar as sessões, com expressões relacionadas à promoção das relações interpessoais e habilidades de relacionamento interpessoal	<p><i>“Sim, porque me ajuda nas relações com os outros e a mim mesma”</i></p> <p><i>“Sim, porque ganhamos mais à-vontade uns com os outros”</i></p> <p><i>“Sim”</i></p> <p><i>“Sim, sinto-me bem na companhia das pessoas e assim consigo ver ao longo do tempo como evolui”</i></p>
8) Gostaria de dizer algo mais?	Dois participantes não relataram nada nesta categoria. Um participante sugeriu a realização do “Jogo do Mata”. Uma das participantes exprimiu o seu agradecimento aos enfermeiros dinamizadores das sessões de grupo.	<p><i>“Obrigada por tudo Enfermeiro João e Enfermeira Paula”</i></p> <p><i>“Jogar ao mata”</i></p>

3.3 Adolescentes classificados com Doença Mental – Grupo 2B

Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 4 participantes, 3 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Possuem uma média de idades de 16 anos (idade mínima: 15 anos; idade máxima 17 anos) e desvio padrão 0,816 anos.

Dois dos participantes possuem o 10º ano de escolaridade; um possui o 11º ano e outro tem o 12º ano. No que concerne ao ensino frequentado verifica-se: 2 participantes frequentaram o Ensino Regular – Ciências; 1 participante possui um Curso Profissional de Cozinha e outro participante possui um Curso Profissional de Informática. Do total dos 4 participantes apenas um ficou retido uma vez.

Do total dos participantes, 3 participaram nas 5 sessões realizadas e 1 dos participantes apenas teve presente em 4 dessas sessões.

3.3.1. Análise dos domínios da Escala de Avaliação LMA Adaptada “Freedom to move” (G2B)

No domínio do **Sentimento de prazer e bem-estar** verificaram-se alterações positivas e/ou manutenções das posições iniciais entre as observações estudadas, ao nível de todos os itens. No Feedback informal (2 participantes apresentaram alterações positivas, 1 participante apresentou alteração negativa e 1 participante manteve a posição inicial); na Observação direta (2 participantes com alterações positivas, 1 participante com alteração negativa e 1 participante a manter a posição inicial). Na Expressão facial (2 participantes com alterações positivas, 1 participante com alteração negativa e 1 participante a manter a posição inicial); na Postura (2 participantes com alterações positivas e 2 participantes a manterem a posição inicial); nos Relacionamentos (3 participantes com alterações positivas e 1 participante com alterações negativas); na Comunicação verbal (2 participantes com alterações positivas e 2 participantes a manterem a posição inicial); na Assiduidade (todos os participantes mantiveram a sua posição inicial). Nos itens Nível de envolvimento (3 participantes com alterações positivas e 1 participante manteve a posição inicial), no Nível de entusiasmo, verificaram-se 3 participantes com alterações positivas e 1 participante com alterações negativas.

Tabela 27. Domínio Sentimento de prazer e bem estar (G2B)

Sentimento de prazer e bem-estar	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Feedback informal	2	1	1
Observação direta	2	1	1
Expressão Facial	2	1	1
Postura	2	0	2
Relacionamentos	3	1	0
Comunicação verbal	2	0	2
Assiduidade	0	0	4
Nível de Envolvimento	3	0	1
Nível de Entusiasmo	3	1	0

Em função dos resultados expostos, a dança parece ser um recurso importante no favorecimento do sentimento de prazer e bem-estar, explícito principalmente, ao nível dos participantes, nos itens referentes aos relacionamentos, nível de envolvimento e nível de entusiasmo.

Nos relacionamentos, as alterações positivas foram graduais, tendo um participante passado de *angustiado* para *divertido*, outro participante de *muito angustiado* para *angustiado* e outro de *angustiado* para *pouco divertido*. No nível de envolvimento as alterações positivas também foram sendo graduais com a passagem de um participante de *um pouco envolvido* para *muito envolvido*, outro de *muito reduzido* para *um pouco envolvido* e outro de *muito reduzido* para *reduzido*. No nível de entusiasmo, dois participantes passaram de *um pouco apático* para *um pouco entusiasmado* e um de *muito apático* para *um pouco apático*.

Neste domínio verificaram-se alterações negativas por parte de um participante nos itens feedback informal, observação direta, relacionamento e nível de entusiasmo, devido a na ultima sessão avaliada se encontrar a passar dificuldades a nível familiar e escolar, que se agudizaram. No entanto é de salientar que nestes itens, este participante

estar escalado nos níveis máximos na escala de likert em todos os itens passando para o nível imediatamente inferior.

No domínio da **Conexão com o aqui e o agora** observaram-se durante o programa de dança, ao nível dos dois itens que o compõem alterações na sua maioria positivas nos participantes. Em relação à Atenção na atividade de grupo, os 2 participantes mantiveram a sua posição e 2 participantes com alterações positivas. No que concerne à Energia despendida de forma apropriada na atividade (2 participantes apresentaram alterações positivas, 1 participante com alteração negativa e 1 participante a manter a posição inicial).

Tabela 28. Domínio Conexão com o aqui e o agora (G2B)

Conexão com o aqui e o agora	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Atenção na atividade de grupo	2	0	2
Energia despendida na atividade	2	1	1

Em função dos resultados expostos, verifica-se que a dança, neste domínio, ao nível destes participantes, facilitou alguma atenção na atividade de grupo e na energia despendida na atividade. Neste ultimo item verificou-se uma alteração negativa num participante, pelo mesmo motivo referido no domínio anterior.

No domínio da **Conexão e Comunicação com os outros** verificaram-se as seguintes alterações nos itens que compõem o domínio: Comunicação não-verbal (1 evolução positiva e 3 manutenções de posição); Contacto Visual (1 evolução positivas, 1 evolução negativa e 2 manutenções de posição); Uso do espaço pessoal (3 evoluções positivas e 1 manutenção da posição); Iniciação do Contacto (3 evoluções positivas e 1 manutenção de posição); Manutenção do Contacto (4 evoluções positivas); Libertação do Contacto (2 evoluções positivas e 2 manutenções do contacto); Resposta ao contacto (4 evoluções positivas); Contacto físico apropriado (2 evoluções positivas e 2 manutenções de posição); Comunicação Verbal (3 evoluções positivas e 1

manutenção de posição); Interação verbal apropriada (2 evolução positiva e 2 manutenções de posição); e Confiança ao expressar-se (1 evolução positiva, 1 evolução negativa e 2 manutenções de posição).

Tabela 29. Domínio Conexão e Comunicação com os outros (G2B)

Conexão e Comunicação com os outros	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Comunicação não-verbal	1	0	3
Contacto Visual	1	1	2
Uso do espaço pessoal	3	0	1
Iniciação do contacto	3	0	1
Manutenção do contacto	4	0	2
Libertação do contacto	2	0	2
Resposta ao contacto	4	0	0
Contacto físico apropriado	2	0	2
Comunicação verbal	3	0	1
Interação verbal apropriada	2	0	2
Confiança ao expressar-se	1	1	2

Pelos resultados expostos, verifica-se que a dança parece ser uma estratégia importante na conexão e comunicação com os outros, visível principalmente nos itens: uso do espaço pessoal com uma maior apropriação do espaço, com maior amplitude de movimentos dos segmentos corporais em todas as direções; numa maior e espontânea iniciação do contacto e na manutenção do contacto com os pares na realização dos exercícios propostos; na resposta ao contacto dos outros durante os exercícios e na comunicação verbal, com maior expressividade.

No domínio da **Noção do corpo, amplitude dos movimentos (articulação das partes do corpo)** também foi possível aferir com base nas observações em estudo as evoluções que compõem este domínio tendo por base os seus itens: Superior (2 evoluções positivas e 2 manutenção de posição); Centro (2 evoluções positivas e 2 manutenção de posição); Inferior (1 evolução positiva e 3 manutenções de posição); Extremidades (4 evoluções positivas); Utilização do espaço (próximo, médio, distante) (4 evoluções positivas); Qualidade dos movimentos (4 evoluções positivas); Utilização do espaço (dimensões: vertical, horizontal, transversal) (3 evoluções positivas e 1 manutenção de posição); na e no Tempo (1 evolução positivas e 3 manutenções de posição).

Tabela 30. Domínio Noção do corpo, amplitude dos movimentos (G2B)

Noção do Corpo, amplitude dos movimentos	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Superior	2	0	2
Centro	2	0	2
Inferior	1	0	3
Extremidades	4	0	0
Utilização do espaço	4	0	0
Qualidade dos movimentos	4	0	0
Utilização do espaço (dimensões)	3	0	1
Tempo	1	0	3

Em relação aos resultados apresentados, parece que a dança pode ser uma estratégia importante quando for pretendido ao nível desta população, o trabalho com a noção do corpo e amplitude dos movimentos, visível, principalmente ao nível dos itens: Extremidades (braços, pulso, dedos), com maior nível de articulação destes segmentos corporais; na utilização do espaço em todas as duas dimensões físicas (vertical, horizontal, transversal), bem como nas suas distâncias (próximo, médio, distante); na

Qualidade dos movimentos, em que se verificou uma maior fluidez do movimento, movimentos mais redondos e lentos.

No domínio **Conexão entre o pensamento, a imaginação e o corpo** verificou-se que os 4 participantes evoluíram positivamente.

Tabela 31. Domínio Conexão entre o pensamento, a imaginação e o corpo (G2B)

Conexão entre o pensamento, a imaginação e o corpo	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Habilidade para explorar o pensamento ou Sentimentos através de movimentos expressivos	4	0	0

Pelo apresentado, a dança parece ser importante quando se quiser trabalhar a dimensão conexão entre o pensamento, a imaginação e o corpo, nesta população, estimulando a expressividade e a espontaneidade através da evocação do pensamento e do sentimento.

3.3.2 Análise dos indicadores da NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem, 2010) (G2B)

Das observações realizadas através do programa de dança foi possível aferir as seguintes alterações no que concerne aos indicadores da NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem, 2010):

Na **Autoestima** houveram alterações positivas, ao longo das observações realizadas, quanto à manutenção de uma postura ereta (2 participantes); à manutenção do contacto com os olhos (3 participantes); e na consideração com os outros (2 participantes); na aceitação dos cumprimentos dos outros (3 participantes). Verificou-se também que houveram observações em que os participantes mantiveram a sua posição: na manutenção de uma postura ereta (2 participantes); na manutenção do contacto com os olhos (1 participante); na consideração com os outros (2 participantes) e na aceitação dos cumprimentos dos outros (1 participante).

Tabela 32. Autoestima (G2B)

Autoestima	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Manutenção de uma postura ereta	2	0	2
Manutenção do contacto com os olhos	3	0	1
Consideração com os outros	2	0	2
Aceitação dos cumprimentos dos outros	3	0	1

Em função dos resultados apresentados, parece que a dança, nesta população, pode promover a autoestima, nomeadamente no que concerne aos indicadores da manutenção do contacto com os olhos e na aceitação dos cumprimentos dos outros, nas quais se verificaram maiores alterações relativamente à observação inicial. Neste grupo, estes dois indicadores eram os que estavam mais comprometidos por parte dos participantes, tendo sido favorável a intervenção com dança nesta população.

No que concerne ao **Nível de ansiedade** verificaram-se as seguintes alterações nos seus indicadores: na Irritabilidade 2 participantes apresentaram alterações positivas e outros 2 mantiveram as posições iniciais; na Tensão facial 1 participante apresentou alteração positiva e os 3 restantes mantiveram as suas posições iniciais; na Tensão Muscular houve 1 alteração positiva por parte dos participantes e 3 manutenções da posição inicial; no Comportamento problemático um participante alterou a sua posição positivamente e os restantes 3 participantes não apresentaram alterações de comportamentos face ao inicial.

Tabela 33. Nível de ansiedade (G2B)

Nível de ansiedade	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Irritabilidade	2	0	2
Tensão facial	1	0	3
Tensão muscular	1	0	3
Comportamento problemático	1	0	3

Pelos resultados expostos, verificaram-se alterações neutras nos participantes ao nível dos indicadores apresentados. Na sua maioria os participantes apresentavam-se posicionados no nível nenhum ou moderado em todos os indicadores (irritabilidade, tensão facial, tensão muscular e comportamento problemático). As alterações positivas que se observaram nestes participantes decorreram da alteração do nível moderado para leve e leve para nenhum, nestes indicadores.

Relativamente à **Agitação** observou-se, no decurso das observações, alterações positivas ao nível da Dificuldade em permanecer nas tarefas (2 participantes). Nos restantes indicadores verificou-se a manutenção das posições iniciais: Andar de um lado para o outro e nos Movimentos repetitivos (4 participantes).

Tabela 34. Nível de agitação (G2B)

Nível de agitação	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Andar de um lado a outro	0	0	4
Movimentos repetitivos	0	0	4
Dificuldade de permanecer nas tarefas	2	0	2

Neste parâmetro, à semelhança do anterior também encontramos alterações neutras nos seus indicadores, não se observando alterações positivas significativas no recurso à dança na diminuição do nível de agitação nestes participantes. O indicador alterações mais francas, respeitante à dificuldade de permanecer nas tarefas resultou da passagem de dois participantes dos níveis *substancial* para *moderado* e de *moderado* para *leve*.

Nas **Habilidades de Interação Social**, apuraram-se as seguintes alterações positivas: Cooperação com os outros (1 participante); Mostra de sensibilidade aos outros (1 participante) e na Mostra de receptividade (3 participantes). Verificou-se também manutenção das posições iniciais no que respeita à Cooperação com os outros (3 participantes); na Mostra de sensibilidade aos outros (3 participantes) e na Receptividade (1 participante).

Tabela 35. Habilidades de interação social (G2B)

Habilidades de interação social	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Cooperação com os outros	1	0	3
Mostra de sensibilidade aos outros	1	0	3
Mostra de receptividade	3	0	1

Neste domínio verificaram-se resultados bastante positivos na mostra de receptividade aos outros, sendo que nos restantes indicadores não se apresentaram

alterações positivas significativas. Neste ponto é de referir que os participantes deste grupo não apresentavam os indicadores cooperação com os outros e mostra de sensibilidade aos outros com alterações significativamente negativas.

Na **Comunicação (Expressão)**, constatou-se uma manutenção de posição e 3 alterações positivas por parte dos participantes

Tabela 36. Comunicação: Expressão (G2B)

Comunicação: Expressão	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Uso de linguagem não-verbal	3		1

Em função do resultado apresentado, parece que a dança, nesta população, produziu alterações positivas significativas neste indicador, melhorando a comunicação não-verbal na maioria dos seus participantes (1 participante passou de *moderadamente comprometido* para *levemente comprometido* e 2 participantes passaram de *muito comprometido* para *moderadamente comprometido*).

No que diz respeito ao **Movimento coordenado** verificaram-se as seguintes alterações nos seus indicadores: alterações positivas relativamente à Suavidade dos movimentos em 2 participantes, tendo os restantes 2 participantes mantido a sua posição inicial; nos Movimentos na direção desejada observou-se uma alteração positiva e 3 manutenções de posição; nos Movimentos no momento certo desejado todos os participantes mantiveram as suas posições iniciais; nos Movimentos na velocidade desejada todos os participantes manifestaram alterações positivas face à posição inicial.

Tabela 37. Movimento Coordenado (G2B)

Movimento coordenado	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Suavidade de movimentos	2	0	2
Movimentos na direção desejada	1	0	3

Movimentos no momento certo desejado	0	0	4
Movimentos na velocidade desejada	4	0	0

Perante os resultados supracitados, podemos verificar que a dança parece favorecer o movimento coordenado nesta população, principalmente quando se quiserem trabalhar os movimentos na velocidade desejada, não produzindo alterações significativamente positivas nos seus restantes indicadores. Neste ponto é de salientar que metade dos participantes conseguiram alterações positivas ao nível da suavidade dos movimentos, que se encontrava muito comprometidas nesta amostra (os dois participantes passaram do nível *muito comprometido* para o nível *levemente comprometido*).

Em relação ao **Equilíbrio** verificou-se, ao longo das observações realizadas, uma manutenção das posições iniciais de todos os participantes dos diferentes indicadores: do equilíbrio enquanto se caminha (4 participantes) e quanto ao equilíbrio apoiado num só pé (4 participantes).

Tabela 38. Equilíbrio (G2B)

Equilíbrio	Alterações Positivas	Alterações Negativas	Sem alterações face ao inicial
Mantém o equilíbrio enquanto caminha	0	0	4
Mantém o equilíbrio enquanto de pé, apoiado em um só pé	0	0	4

Em função destes resultados, parece que a dança não produziu alterações significativas nestes indicadores nesta população, no entanto, salienta-se, que à semelhança do grupo anterior, a maioria destes participantes não apresentavam alterações significativas neste domínio.

3.3.3. Avaliação das sessões pelos Participantes (G2B)

Tabela 39. Avaliação do Programa de Intervenção pelos Participantes (G2B)

Questionário	Respostas	Expressões
1) Numa escala de 1 a 5, como se sentiu durante as sessões:	Pela análise dos questionários preenchidos pelos participantes verificou-se que a maioria dos elementos do grupo se sentiu “bem” (3 participantes) e 1 “mais ou menos” durante as sessões dinamizadas.	
2) Como é que se sentiu com este grupo?	A maioria dos participantes referiu satisfação com o grupo, referenciando confiança e inclusão em relação ao grupo.	<p>“Senti-me bem”</p> <p>“Senti-me bem com o grupo e tenho mais confiança com as pessoas do grupo”</p> <p>“Bastante integrada, apesar de só passar uma sessão por semana com eles”</p> <p>“bem”</p>
3) Aspectos positivos das sessões:	Os aspetos positivos mais relatados estiveram relacionados com: o desenvolvimento da expressividade e autoconfiança; a diversão; o relaxamento; a noção de corpo.	<p>“Fizeram-me sentir-me melhor”</p> <p>“Trabalhar a nossa desinibição e ajuda-nos a perceber os desconfortos”</p> <p>“Passam rápido, são divertidas, são relaxantes”</p> <p>“Relaxamento e explorar o meu corpo”</p>
4) Na sua opinião, que benefícios tiveram estas sessões para si?	Nesta questão, foram evidenciados pelos participantes, os domínios relacionados ao bem-estar e confiança.	<p>“Saber o que me faz sentir mais à vontade”</p> <p>“Por aliviar o cansaço do dia e sentir-me melhor”</p>
5) Numa escala de 1 a 5, acha que estas sessões contribuíram para o seu bem-estar?	Todos os participantes referiram que as sessões contribuíram para o seu bem-estar, posicionaram-se no “bem” (2 participante) e “mais ou menos”(2 participantes).	
6) Gostava que algo tivesse sido diferente?	Todos os participantes respondeu que não gostariam que algo tivesse sido diferente.	
7) Se pudesse,	Todos os participantes responderam	“Sim, porque fizeram com que me

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

gostaria de continuar frequentar estas sessões? Porquê?	que gostariam de continuar as sessões de biodanza, com expressões relacionadas ao bem-estar, ao relaxamento e ao desenvolvimento de atividades em grupo. Um participante referiu que alguns exercícios lhe provocam algum desconforto.	<i>sentisse melhor”</i> <i>“Sim, porque equilibram as atividades”</i> <i>“Só a parte do relaxamento, porque algumas coisas fazem sentir-me menos à-vontade”</i> <i>“sim. Podemos fazer vários exercícios e atividades em conjunto”</i>
8) Gostaria de dizer algo mais?	Todos os participantes não relataram nada nesta categoria.	

4. CONCLUSÃO

O Modelo de Desenvolvimento Profissional preconizado pela Ordem dos Enfermeiros contempla e enquadra as várias competências do enfermeiro especialista e as competências específicas da Especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria. O presente relatório de estágio permitiu a sistematização das vivências e experiências adquiridas do contexto clínico, que tiveram como finalidade o desenvolvimento e amadurecimento dessas competências.

A experiência vivida foi bastante enriquecedora e embutida num carácter reflexivo, onde foi possível ponderar sobre as práticas, cruzá-las com as competências já obtidas e questionar as que estão a ser conquistadas, com o objetivo claro de fomentar os cuidados de qualidade, prestar cuidados específicos na área da saúde mental e promover o reconhecimento da profissão.

Foi exequível, através deste relatório, e mediante a intervenção de dança implementada, aprofundar conceitos relativos ao papel da arte e das terapias expressivas na saúde mental e conceitos relativos às intervenções através do corpo e do movimento, aplicadas especificamente a esta área. Também foi possível, através da avaliação realizada ao nível das duas populações alvo da intervenção, verificar e analisar os ganhos em saúde obtidos, através desta estratégia, em esta pode ser importante, quando se quiserem trabalhar competências específicas em reabilitação psicossocial.

Da análise efetuada verificou-se que ao nível de Adultos classificados com Deficiência Intelectual a dança poderá ser importante quando se quiser favorecer o Sentimento de prazer e bem-estar e se quiserem trabalhar as competências de conexão e comunicação com os outros, noção do corpo, amplitude dos movimentos (articulação das partes do corpo) e conexão entre o pensamento, a imaginação e o corpo nesta população, verificadas pela aplicação da escala LMA Adaptada. Também se verificaram resultados muito positivos nesta população ao nível da autoestima, nível de agitação e habilidades de interação social, confirmadas pela aplicação da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC, 2010).

Estes resultados vão de encontro ao descrito por Claro (2012, p.20) quando evidencia a importância da dança enquanto intervenção ao nível de pessoas com deficiência intelectual, definindo cinco grandes objetivos dos programas com base na dança, nesta população: “cognição (inclui a imagem corporal), domínio físico e emocional, autoexpressão, autoconfiança e socialização.” Clark (2011), que estudou a

dança em pessoas com síndrome de Down, reconhece também os efeitos da dança em relação à melhoria do nível do humor, na promoção da socialização, expressão e movimento, melhorando a qualidade de vida nestas pessoas.

Ao nível de Adolescentes classificados com Doença Mental, verificaram-se resultados positivos ao nível dos dois grupos analisados, no que concerne às seguintes competências: sentimento de prazer e bem-estar, conexão com o aqui e o agora, conexão e comunicação com os outros, noção do corpo, amplitude dos movimentos, conexão entre o pensamento, a imaginação e o corpo (verificados pela aplicação da Escala LMA Adaptada) e ao nível da autoestima, agitação, habilidades de interação social e movimento coordenado (verificados pela aplicação das Grelhas de Classificação dos Resultados de Enfermagem), o que poderá ser indicativo de que a dança poderá ser importante como recurso ao favorecimento e facilitação da aquisição/melhoramento destas competências nesta população.

Estes resultados vão de encontro ao relatado por Fourie & Lessing (2010) que apresentam a influência da dança e do movimento na imagem corporal de adolescentes do sexo feminino, concluindo que a dança contribuiu para a autoconfiança e melhorou a autoconsciência, a imagem corporal e o autoconceito das participantes, constituindo um bom método para abordar o bem-estar e autorrealização das adolescentes. Neste seguimento, num estudo específico de enfermagem é também demonstrado o potencial da dança nos adolescentes ao mencionarem que “a dança constitui um recurso de consciência corporal ao associar a motivação para expressão, movimento, equilíbrio, conhecimento do corpo e suas relações com o meio social.” (Costa et al, 2004, p.43). Neste estudo, os autores uniram a arte da dança à enfermagem no contexto de educação em saúde expondo que esta é uma ideia inovadora que “pode envolver o adolescente como sujeito de mudança de comportamento, consolidando a atuação do enfermeiro na promoção da saúde.” (Costa et al, 2004, p.43)

O trabalho de investigação realizado permitiu evidenciar a dança enquanto estratégia de reabilitação, tendo validade para os contextos onde se desenvolveu, uma vez que:

- ✓ foram verificados resultados positivos ao nível do Sentimento de prazer e bem-estar, conexão e comunicação com os outros, noção do corpo, amplitude dos movimentos (articulação das partes do corpo) e conexão entre o pensamento, a imaginação e o corpo, autoestima, nível de agitação e habilidades de interação social, em adultos classificados com deficiência intelectual;

- ✓ foram verificados resultados positivos sentimento de prazer e bem-estar, conexão com o aqui e o agora, conexão e comunicação com os outros, noção do corpo, amplitude dos movimentos, conexão entre o pensamento, a imaginação e o corpo e ao nível da autoestima, agitação, habilidades de interação social e movimento coordenado, em adolescentes classificados com doença mental.

Foi então possível compreender que as intervenções de cariz expressivo e ligadas ao trabalho com o corpo e com o movimento, são um recurso importante ligado à intervenção psiquiátrica. Estas intervenções constituem um campo de investigação vasto, que tem recebido muita atenção durante as ultimas décadas, pois muitas técnicas mente-corpo têm vindo a ser estudadas. Estes estudos têm sido um forte contributo para fundamentar a razão pela qual esta metodologia acarreta um impacto terapêutico e de organização do ser humano, podendo assim ser utilizado por nós como profissionais na área da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahessy, B. (2013). Creative Arts Therapies: What Psychologists Need to Know. *The irish psychologist*, 39, 274-281.
- American Psychological Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM - 5*. (5nd ed.). Arlington, VA: American Psychological Association.
- Bompastor, E. (2009). Dança Movimento em Terapias Expressivas. In M. Ferraz. (Organizadora). *Terapias Expressivas Integradas*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial Lda..
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bloch, S., Aveline, M. (1999). *Uma introdução às psicoterapias*. Lisboa: Climepsi.
- Boyle, D. (1994). The use of Dance/movement therapy in psychosocial nursing. In Chinn, P., Watson, J. (Coords). *Art & Aesthetics in Nursing*. New York: Peggy L. Chinn and Jean Watson, Editors.
- Braconnier, A., Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- Bradt J., Goodill SW, Dileo C. (2011). *Dance/movement therapy for improving psychological and physical outcomes in cancer patients, 10*. Cochrane Database of Systematic Reviews, DOI: 10.1002/14651858.CD007103.pub2.
- Breton, D. (2007). *A Sociologia do Corpo*. (2^a ed.). (S. M. S. Fuhrmann, Trad.) Petrópolis: Editora vozes. (La sociologie du corps, (s.l.) (s.n.), 1953).
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Wagner C. (2013). *Nursing interventions classification (NIC)*. (6nd ed.) St.Louis: Elsevier.
- Bupa (2011). *Keep Dancing... The health and well-being benefits of dance for older people*. UK: Centre for policy on ageing. Disponível em: www.bupa.com
- Campbell, D. (2000). *O Efeito Mozart*. (I. Cardoso e L. P. da Silva, Trad.) Cruz Quebrada: Estrela Polar.

- Carbonell-Baeza, A., Aparicio V., Pereira C., Gatto-Cardia C., Ortega, F. Huertas F., ... Delgado-Fernandez, M. (2010). Efficacy of Biodanza for Treating Women with Fibromyalgia. *The journal of alternative and complementary medicine*, 16 (11),1191–1200.
- Chalifour, J. (2008). A intervenção terapêutica – os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda – volume I. Loures: Lusodidacta.
- Chinn, P. (1994). Developing a Method for Aesthetic Knowing in Nursing. In Chinn, P., Watson, J. (Coords). *Art & Aesthetics in Nursing*. New York: Peggy L. Chinn and Jean Watson, Editors.
- Clark, L. (2011). Movement Patterns and Quality of life for individuals with Down syndrome: an overview of dance as physical therapy. *Logos: A journal of undergraduate research*, 37-48.
- Claro, C. (2012). *Avaliação de um programa de dança em jovens com necessidades educativas especiais*. Faculdade de Motricidade Humana. Tese de Mestrado. Lisboa.
- Conselho Nacional de Saúde Mental (2005). *Recomendações*. Acedido em 12/06/2014. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/7125AE31-092E-4C9F-A397-AB2F3DA1E195/0/Recom2005.pdf>
- Costa, A., Monteiro, E., Vieira, N., Barroso, M. (2004). A dança como meio de conhecimento do corpo para promoção da saúde dos adolescentes. *DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 16 (3), 43-49.
- Cordo, M. (2003). *Reabilitação de pessoas com doença mental*. Lisboa: Climepsi.
- Declaração de Montreal sobre a Deficiência Intelectual. (2004). Acedido em 01/07/2014. Disponível em [file:///C:/Users/Utilizador/TRANS/declaracao_montreal%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/TRANS/declaracao_montreal%20(1).pdf)
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Acedido em 12/05/14. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Portugal - Saúde Mental em números – 2013*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Direção-Geral da Saúde.
- Despacho Conjunto dos Ministérios da Saúde e da Segurança Social nº407/98. (1998) Diário da República II, Nº138 (18-6-1998) 8328-8332.
- Dias, C., Rosa, A., Pinto, A. (2014). Atividades de Ocupação Terapêutica – intervenções de enfermagem estruturadas em reabilitação psicossocial. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 15-23.
- Dunphy, K., Scott, J. (2003). *Freedom to Move. Movement and Dance for People with Intellectual Disabilities*. Eastgarden NSW: MacLennan & Petty Pty Limited.
- Edward, D (2014). *Art Therapy, Creative Therapies in Practice*. Series Editor: Paul Wikins. Acedido em 17/01/15. Disponível em: <http://books.google.pt/books?id=KpsjoJ91Bc4C&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Falsarella A. P., Amorim, D. B. (2008). A importância da dança no desenvolvimento psicomotor de crianças e adolescentes. *Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP*, 6, 306-317.
- Fazenda, I. (2006). Saúde Mental: do hospital à comunidade, dos cuidados à cidadania. *Saúde Mental, Reabilitação e Cidadania*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, Folhetos SNR, n.º 56, 6-15.
- Flores, R. (1995). Dance for Health: Improving Fitness in African American and Hispanic Adolescents'. *Public Health Report*, 110, 189-193.
- Fourie, J., Lessing, A. (2010). The influence of dance and movement therapy (DMT) on the body image of female adolescents. *African Journal for Physical, Health Education, Recreation and Dance*, 16 (2), 297-315.
- Freud, Sigmund (s.d.). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Lisboa: Edição Livros do Brasil.

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

- Fritzen, S. (2011). *Exercícios práticos de dinâmica de grupo*. 39^a ed. Petrópolis, RJ: Editora vozes.
- Garaudy, R. (1980). *Dançar a Vida*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. (4^a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Gil, J. (2001). *Movimento Total – O Corpo e a Dança*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Góis, C., Ribeiro, K. (2008). Biodança, Saúde e Qualidade de Vida: Uma perspectiva Integral do Organismo. *Revista Pensamento Biocêntrico*, 10, 43-65.
- Gonçalves, E. (2009). *Educação Biocêntrica: o presente de Rolando Toro para o pensamento pedagógico*. Paraíba: Editora Universitária.
- Guimón, J. (2008). Terapia por el arte. *Cuadernos de Psiquiatria Comunitaria*, 8 (1), 9–25.
- Harrison, P., Gueddes, J., Sharpe, M. (2006). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria*. Lisboa: Climepsi editores.
- Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. (Eds.). (2014). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2015-2017*. Oxford: Wiley Blackwell.
- Holyoake, D., Reyner C. (2005). Moving body and mind: a nurse led dance group for young people with a mental illness. *Pediatric Nursing*, 17 (4), 36-39.
- <http://www.adta.org/>. Acedido em 01/05/2014.
- <http://www.biodanza.org/pt/>. Acedido em 04/05/14.
- <http://www.who.int/en/>. Acedido em 02/05/2014.
- Kim, S., Kim, M., Ahn, Y., Lim, H., Kang, S., Cho, J., Park, S., Song, S. (2011). Effect of dance exercise on cognitive function in elderly patients with metabolic syndrome: A pilot study. *Journal of Sports Science and Medicine*, 10, 671-678.
- Koch, S., Morlinghaus, K., Fuchs, T. (2007). The joy dance: Specific effects of a single dance intervention on psychiatric patients with depression. *The arts in psychotherapy*, 34, 324-349.

- Kluge, M. A. (2014). Music, Movement, and Mood: Health Promotion Classes Boost Well-Being and Create Social Bonds. *Journal of the American Society on Aging*, 38 (1), 31-34.
- Lane, M. (2005). Creativity and Spirituality in Nursing - Implementing Art in Healing. *Holist Nurs Pract*, 19 (3), 122–125.
- Lane, M. (2006). Arts in Health Care. A New Paradigm for Holistic Nursing Practice. *Journal of Holistic Nursing*, 24 (1), 70-75.
- Lazure, H. (1994). Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. Lisboa: Lusodidacta.
- Lei N.º 36/98 de 24 de Julho (1998). Lei de saúde mental. Diário da Republica I Série-A, N.º 169 (24-7-1998) 3544-3550.
- Lima, M. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi.
- MacGregor, A. (2006). Implementing the Creative Care Project. *Nursing & ResicJential Care*, March 2006, 8 (3), 131-133.
- Malchiodi, C. (2003). *Handbook of art therapy*. Edited Guilford Press. 2nd ed. Acedido a 17 de Janeiro de 2015. Disponível em: http://books.google.pt/books?id=4hXZEJCb4ooC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Manes, S. (2011). *83 jogos psicológicos para dinâmicas de grupos*. 10ª ed. Lisboa: Editora Paulos.
- Martín, J. (2008). Psico-Neuro-Biología de la creatividad artística. *Cuadernos de Psiquiatria Comunitaria*, 8 (1), 29 – 46.
- Matos, A. (2004). *Saúde Mental*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Menéndez, C., Romero-Nieva, F. (2010). Arteterapia o intervencion terapéutica desde el arte en rehabilitación psicossocial. *Informaciones Psiquiátricas*, 201 (3), 367-380.
- Mental Health Foundation. (2013). *Let's Get Physical: The impact of physical activity on wellbeing*. United Kingdom. Acedido em 13-07-2014. Disponível em

<http://www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/publications/lets-get-physical-report.pdf>

- Michalis, R. (2002). Nursing as an Art. *ICUs and Nursing Web Journal*, 9, 1-14.
- Ministério da Saúde. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Monteiro, M., Santos, M. (2002). *Psicologia, Volume 2*. Porto: Porto Editora.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., Swanson, E. (2013). *Nursing outcomes classification (NOC)*. (5nd ed.). St. Louis: Elsevier.
- Mortari, K.S.M. (2013). *A Compreensão do Corpo na Dança: um olhar para a contemporaneidade*. (Tese de Doutoramento). Faculdade de Motricidade Humana - Universidade Técnica da Lisboa, Lisboa.
- Nascimento, C., Pítia, A. (2010). Oficina de trabalho corporal: uma estratégia de reabilitação psicossocial no trabalho em saúde mental. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, 9 (3), 610-617.
- Oliveira, S., Filipe, C., (2009). *Guia de Recursos de Reabilitação Psicossocial para a Saúde Mental*. Caldas da Rainha: s.n..
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiros Especialista em Saúde Mental*. Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório Mundial de Saúde: Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Lisboa: Direção Geral de Saúde 2002.
- Pallaro, P., Fischlein-Rupp, A. (2002). Dance/Movement Therapy in a Psychiatric Rehabilitative Day Treatment Setting. *The usa body psychotherapy jornal*, 1 (2), 29-51.
- Payne, H. (1992). *Creative Movement and Dance in Groupwork*. United Kingdom: Winslow Press Limited.
- Piaget, J. (1977). *Seis estudos de Psicologia*. 6nd ed. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Pratt, R. (2004). Art, dance, and music therapy. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 15, 827–841.

- Quin, E. Redding, E., Frazer L. (2007). *The effects of an eight-week creative dance programme on the physiological and psychological status of 11-14 year old adolescents: An experimental study*. Hampshire Dance and Laban. Acedido a: 17/01/2015. Disponível em: <http://www.hampshiredance.org.uk/documents/NRGDanceScienceResearchReport.pdf>
- Ravelin, T., Kylma, J., Korhonen T. (2006). Dance in mental Health Nursing: a hybrid concept analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 307–317.
- Ren J., Xia J. (2013). Dance therapy for schizophrenia (Review). *The Cochrane Library*. (10). Acedido em 15-05-2014. Disponível em <http://www.update-software.com/BCP/WileyPDF/EN/CD006868.pdf>
- Ribeiro, K. (2008). *Biodança e Saúde Percebida: Um olhar Biocêntrico sobre a saúde*. Universidade Federal do Ceará. Dissertação de Mestrado. Fortaleza.
- Rispail, D. (2002). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Rogers, C. (1977). *Tornar-se pessoa*. (4ª ed). Lisboa: Moraes Editores.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 1), 103-108.
- Santos, G. (1999). *A Dança e o Movimento Criativo – no desenvolvimento de algumas dimensões da competência social*. (Tese Mestrado). Faculdade de Motricidade Humana - Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Santos, G. (2008). Dançoterapia integrativa na transformação de relações interpessoais. *INFAD Revista de Psicologia*, 3 (1), 163-172.
- Santos, E., Coutinho, D. (2008). Pessoas com Deficiência e Dança: Uma Revisão de Literatura. *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 3 (1), 110-116.
- Sarpe, A. (1995). Os sete poderes de transformação em Biodanza. *Vivência e Reflexão*. Acedido em 02-05-2014. Disponível em http://www.antoniosarpe.com/Portugues/port_art_7_pod.html

- Saxena, S., Ommeren, M., Tang, K., Armstrong, T. (2005). Mental health benefits of physical activity. *Journal of Mental Health*, 14(5), 445 – 451.
- Silva, S., Pedrão, L., Miaso, A. (2012). O impacto da fisioterapia na reabilitação psicossocial de portadores de transtornos mentais. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 8 (1), 34-40.
- Slade, M. (2011). *100 Modos de Apoiar a Recuperação Pessoal: Um Guia para Profissionais da Saúde Mental*. (M. Cruz Trad.). Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (100 ways to support recovery: A guide for mental health professionals 2009, London: Rethink).
- Sousa, A. (2005). *Psicoterapias Activas (Arte-Terapias)*. Lisboa: Livros Horizonte.
- State of the Field Committee. (2009). *State of the field report: Arts in healthcare 2009*. Washington, DC: Society for the Arts in Healthcare. Editors Olivia Goodman & Elaine Sims. Acedido em 12-01-15. Disponível em: <http://legacy.arts.ufl.edu/cam/documents/stateofthefield.pdf>
- Tavares, C. (2003). O papel da arte nos centros de atenção psicossocial - CAPS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56 (1), 35-39.
- Toro, R. (2002). *Biodanza*. São Paulo: Editora Olavobrás.
- Toro, R (1991). *Teoria da Biodança*. Fortaleza: Editora Alab.
- Townsend, M.C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, Conceitos de cuidados na prática baseada na evidência*. Loures: Lusociência.
- Vides, M. (2012). *Eficacia de un programa de Biodanza para la reducción del estrés en un grupo de profesionales de diferentes áreas del conocimiento académico, del departamento de regulación de atención de las personas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la Ciudad de Guatemala*. (Tese de Licenciatura em Psicologia) Universidade Rafael Landívar, Guatemala.
- Volpe, D., Signorini, M., Marchetto, A., Lynch, T., Morris, M. (2013). A comparison of Irish set dancing and exercises for people with Parkinson's disease: A phase II feasibility study. *Geriatrics*. <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/13/54>
- Warren, B. (1993). *Using creative arts in therapy – a practical introduction*. 2nd ed. London: Routledge.

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

- Watson, Jean (2002a). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2002b). *Enfermagem Pós-Moderna e Futura. Um novo paradigma da Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Webster S., Clare, A. & Collier, E. (2005). Creative solutions: Innovative use of the arts in mental health settings. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 43 (5), 42-49.
- Wiertsema, H. (2006). *100 Jogos de movimento*. 6nd ed. Lisboa: Edições Asa.

ANEXOS

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

ANEXO I – Grelha de Observação da Escala de Avaliação de LMA
Adaptada “Freedom to Move”

Grelha de Observação da Escala de Avaliação de LMA Adaptada

“Freedom to Move” - Avaliação Informal

(Autores: Dunphy, K. & Scott, J., 2003)

Traduzida para Português por Claro (2012)

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

Data: Nº Sessão	Nome do participante: Nome do avaliador:					
Itens avaliar		Escala				
I. Sentimento de prazer e bem-estar	A. Feedback informal	Insatisfação/Satisfação				
		1. Muito Insatisfeito; 2. Insatisfeito; 3. Um pouco satisfeito; 4. Satisfeito; 5. Muito satisfeito;				
		1	2	3	4	5
	B. Observação direta	Insatisfação/Satisfação				
		1.Muito Insatisfeito; 2. Insatisfeito; 3. Um pouco satisfeito; 4. Satisfeito; 5. Muito satisfeito;				
		1	2	3	4	5
	C. Observação do comportamento não-verbal: (expressão facial, postura, relacionamentos)	<u>Expressão Facial</u>				
		Descontente/Alegre				
		1. Muito descontente; 2. Descontente; 3. Pouco alegre; 4. Alegre; 5. Muito alegre;				
		1	2	3	4	5
<u>Postura</u>						

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

			Tenso/Relaxado				
			1. Muito tenso; 2. Tenso; 3. Um pouco relaxado; 4. Relaxado; 5. Muito relaxado;				
			1	2	3	4	5
			<u>Relacionamentos</u> Comportamento disruptivo (sofrimento) /divertimento 1. Muito angustiado/perturbado; 2. Angustiado; 3. Pouco divertido; 4.Divertido;5. Muito divertido;				
	D. Observação da comunicação verbal/vocalizações		Sem comunicação verbal/Comunicativo				
			1. Não comunica; 2. Comunica muito pouco; 3. Comunica pouco; 4.Comunica; 5. Comunica muito;				
			1	2	3	4	5
			Pouco frequente/Muito frequente (regular)				
			1. Pouco frequente; 2. Esporádico; 3. Quase regular; 4.Regular; 5. Muito Regular;				
			1	2	3	4	5
			F. Nível de Envolvimento Reduzido/Alto nível de envolvimento 1. Muito reduzido; 2. Reduzido; 3. Neutro; 4.Um pouco envolvido; 5. Muito envolvido;				

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

		1	2	3	4	5
		<p style="text-align: center;">Apatia/Alto nível de entusiasmo</p> <p style="text-align: center;">1. Muito apático; 2. Um pouco apático; 3. Neutro; 4. Um pouco entusiasmado; 5. Muito entusiasmado;</p>				
	F. Nível de Entusiasmo	1	2	3	4	5
II. Conexão com o aqui e agora						
A. Atenção na atividade de grupo	<p style="text-align: center;">Distração/Energia focada, dirigida</p> <p style="text-align: center;">1. Muito distraído; 2. Parcialmente distraído; 3. Neutro; 4. Parcialmente atento; 5. Atento;</p>					
	1	2	3	4	5	
B. Energia despendida de forma apropriada na atividade	<p style="text-align: center;">Choque/Energia sintonizada (movimentos harmoniosos)</p> <p style="text-align: center;">1. Energia desapropriada; 2. Alguma energia desapropriada; 3. Neutra; 4. Alguma energia sintonizada 5. Energia muito sintonizada;</p>					
	1	2	3	4	5	
	III. Conexão e comunicação com os outros		<p style="text-align: center;">Choque/Energia sintonizada, dirigida de forma apropriada</p> <p style="text-align: center;">1. Energia muito desapropriada; 2. Alguma energia desapropriada; 3. Neutra 4. Alguma energia sintonizada 5. Energia muito sintonizada;</p>			
A. <u>Comunicação não-verbal</u> ; energia dirigida de forma apropriada ao colega ou grupo	1	2	3	4	5	

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

	B. Contacto Visual	Inapropriado/Apropriado					
		1. Muito inapropriado; 2. Algo inapropriado; 3. Neutro; 4. Algo apropriado; 5. Muito apropriado;					
		1	2	3	4	5	
	C. Uso do espaço pessoal	Inapropriado/Apropriado					
		1. Muito inapropriado; 2. Algo inapropriado; 3. Neutro; 4. Algo apropriado; 5. Muito apropriado;					
		1	2	3	4	5	
	D. Iniciação do contacto	Sem sucesso/Com sucesso					
		1. Muito mal sucedido; 2. Algo mal sucedido; 3. Neutro; 4. Algo bem sucedido; 5. Muito bem sucedido;					
		1	2	3	4	5	
	E. Manutenção do contacto	Sem sucesso/Com sucesso					
		1. Muito mal sucedido; 2. Algo mal sucedido; 3. Neutro 4. Algo bem sucedido; 5. Muito bem sucedido;					
		1	2	3	4	5	
	F. Libertação do contacto	Sem sucesso/Com sucesso					

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

		1. Muito mal sucedido; 2. Algo mal sucedido; 3. Neutro; 4. Algo bem sucedido; 5. Muito bem sucedido;				
		1	2	3	4	5
	G. Resposta ao contacto	Sem sucesso/Com sucesso				
		1. Muito mal sucedido; 2. Algo mal sucedido; 3. Neutro; 4. Algo bem sucedido; 5. Muito bem sucedido;				
		1	2	3	4	5
	H. Contacto físico apropriado	Inapropriado/Apropriado				
		1. Muito inapropriado; 2. Algo inapropriado; 3. Neutro; 4. Algo apropriado; 5. Muito apropriado;				
		1	2	3	4	5
	A. Comunicação verbal; Interação verbal expressiva	Inexpressivo/Expressivo				
		1. Muito inexpressivo; 2. Algo inexpressivo; 3. Neutro; 4. Algo expressivo; 5. Muito expressivo;				
		1	2	3	4	5
	B. Interação verbal apropriada: ouvir, devolver e partilhar sentimentos	Inapropriado/Apropriado				
		1. Muito inapropriado; 2. Algo inapropriado; 3. Neutro; 4. Algo apropriado; 5. Muito apropriado;				

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

		1	2	3	4
	C. Confiança ao expressar-se (verbal ou não verbal)	Inseguro/Confiante na expressão dos sentimentos e experiências pessoais			
		1. Muito inseguro; 2. Algo inseguro; 3. Neutro; 4. Algo confiante; 5. Muito confiante			
		1	2	3	4
IV. Noção do corpo, amplitude dos movimentos (articulação das partes do corpo)	A. Superior (cabeça, ombros, braços, mãos)	Baixo nível de articulação/Alto nível de articulação			
		1. Articulação muito pobre; 2. Pobre articulação; 3. Neutro; 4. Alguma articulação; 5. Muito boa articulação;			
		1	2	3	4
	B. Centro (abdominais, peito, pélvis, coluna vertebral)	Baixo nível de articulação/Alto nível de articulação			
		1. Articulação muito pobre; 2. Pobre articulação; 3. Neutro; 4. Alguma articulação; 5. Muito boa articulação;			
		1	2	3	4
	C. Inferior (pernas, joelhos, tornozelos, pés)	Baixo nível de articulação/Alto nível de articulação			
		1. Articulação muito pobre; 2. Pobre articulação; 3. Neutro; 4. Alguma articulação; 5. Muito boa articulação;			
		1	2	3	4

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

D. Extremidades (braços, pulso, dedos)	Baixo nível de articulação/Alto nível de articulação				
	1. Articulação muito pobre; 2. Pobre articulação; 3. Neutro; 4. Alguma articulação; 5. Muito boa articulação;				
	1	2	3	4	5
E. Utilização do espaço (próximo, médio, distante)	Restrito uso do espaço/Expansivo uso do espaço				
	1. Muito restrito; 2. Restrito; 3. Neutro; 4. Expansivo; 5. Muito expansivo;				
	1	2	3	4	5
F. Qualidades dos movimentos (esforço): fluidez do movimento	Baixo nível de controlo/Alto nível de controlo				
	1. Muito baixo nível de controlo; 2. Baixo nível de controlo; 3. Neutro; 4. Algum nível de controlo; 5. Muito bom nível de controlo;				
	1	2	3	4	5
G. Utilização do espaço (dimensões: vertical, horizontal, transversal)	Reduzido/ Acesso a diferentes dimensões do espaço				
	1. Muito reduzido; 2. Reduzido; 3. Neutro; 4. Algum nível de acesso; 5. Muito bom acesso;				
	1	2	3	4	5
H. Peso (leve - pesado)	Baixo nível de variações/Alto nível de variações de peso				

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

		1. Muito baixo nível de variações; 2. Baixo nível de variações; 3. Neutro; 4. Algum nível de variações; 5. Muito bom nível de variações de peso;				
		1	2	3	4	5
	I. Tempo (sustentado - repentino/súbito)	Baixo nível de variações/Alto nível de variações de tempo				
		1. Muito baixo nível de variações; 2. Baixo nível de variações; 3. Neutro; 4. Algum nível de variações; 5. Muito bom nível de variações de tempo;				
		1	2	3	4	5
V. Capacidade física e coordenativa	A. Resistência para realizar uma atividade (capacidade aeróbica)	Baixo nível de resistência/Alto nível de variações de resistência				
		1. Nível de resistência muito baixo; 2. Baixo nível de resistência; 3. Neutro; 4. Razoável nível de resistência; 5. Alto nível de resistência;				
		1	2	3	4	5
	B. Força	Baixo nível de força/Alto nível de força				
		1. Muito fraco; 2. Algo fraco; 3. Neutro; 4. Alguma força; 5. Muita força;				
		1	2	3	4	5
	C. Flexibilidade	Baixo nível de flexibilidade/Alto nível de flexibilidade				
		1. Muito pouco flexível; 2. Pouco flexível; 3. Neutro; 4. Alguma flexibilidade; 5. Muito flexível;				

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

		1	2	3	4	5
	D. Coordenação e integração das várias partes do corpo	Pobre integração/Boa integração				
		1. Integração muito pobre; 2. Pobre integração; 3. Neutra; 4. Integração razoável; 5. Muito boa integração;				
		1	2	3	4	5
	E. Padrão contra lateral (p.ex. os braços balançarem em oposição às pernas durante o caminhar)					
		Pobre/Bom (padrão de contra lateralidade)				
		1. Padrão de contra lateralidade muito pobre; 2. Pobre padrão de contra lateralidade; 3. Neutra; 4. Razoável padrão de contra lateralidade; 5. Muito bom padrão de contra lateralidade;				
		1	2	3	4	5
	F. Sincronização rítmica das várias partes do corpo					
		Pobre/Boa sincronização rítmica				
		1. Muito pobre; 2. Pobre; 3. Neutro; 4. Razoavelmente boa; 5. Muito boa;				
VI. Capacidade para relaxar	A. Libertar a tensão muscular	1	2	3	4	5
		Elevada tensão muscular/Baixa tensão muscular				
		1. Muito tenso; 2. Alguma tensão; 3. Neutro; 4. Algo relaxado; 5. Muito relaxado;				

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

	B. Libertar a tensão mental	Estado mental agitado/Estado mental calmo 1. Muito agitado; 2. Algo agitado; 3. Neutro; 4. Algo calmo; 5. Muito calmo;				
		1	2	3	4	5
	C. Capacidade de transcender o momento através do relaxamento	Incapacidade/Capacidade 1. Muito incapaz; 2. Incapaz; 3. Neutro; 4. Capaz; 5. Muito capaz;				
1		2	3	4	5	
VII. Conexão entre o pensamento, a imaginação e o corpo	A. Habilidade para explorar o pensamento ou sentimentos através de movimentos expressivos	Sem sucesso/Com sucesso na exploração dos movimentos 1. Muito mal sucedido; 2. Algo mal sucedido; 3. Neutro; 4. Algo bem sucedido; 5. Muito bem sucedido;				
		1	2	3	4	5
VIII. Desenvolver a capacidade de iniciativa, de decisão e de liderança	A. Iniciar atividades	Assistida/Iniciativa independente 1. Precisa de muita assistência; 2. Precisa de alguma assistência; 3. Neutro; 4. Algo independente; 5. Muito independente;				
		1	2	3	4	5
	B. Tomar decisões	Assistida/Capacidade de decisão estética independente				

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

	(estéticas)	1. Precisa de muita assistência; 2. Precisa de alguma assistência; 3. Neutro; 4. Algo independente; 5. Muito independente;				
		1	2	3	4	5
	C. Liderar uma atividade	Liderança mal sucedida/Liderança bem sucedida 1. Muito mal sucedida; 2. Mal sucedida; 3. Neutro; 4. Bem sucedida; 5. Muito bem sucedida;				
		1	2	3	4	5
IX. Capacidade de performance/desempenho	A. Atenção à performance/desempenho	Desatento/Atento à performance 1. Muito desatento; 2. Algo desatento; 3. Neutro; 4. Algo atento; 5. Muito atento;				
		1	2	3	4	5
	B. Capacidade de transformar pensamento em performance	Incapacidade para transformar/Capacidade para transformar 1. Sem capacidade para transformar; 2. Pouca capacidade para transformar; 3. Neutro; 4. Alguma capacidade para transformar; 5. Muita capacidade para transformar;				
		1	2	3	4	5
	C. Confiança na performance	Não confiante na performance/Confiante na performance 1. Não confiante; 2. Pouco confiante; 3. Neutro; 4. Razoavelmente confiante; 5. Muito confiante;				
		1	2	3	4	5

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

	D. Prazer em atuar	Sem prazer/Com prazer				
		1. Sem prazer; 2. Sem muito prazer; 3. Neutro; 4. Com algum prazer; 5. Com muito prazer;				
		1	2	3	4	5

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

APÊNDICES

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

**APÊNCIDE I – Grelhas de Avaliação NOC (Classificação dos
Resultados de Enfermagem, 2010)**

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE DANÇA
GRELHAS DE INDICADORES NOC¹

Sessão nº _____

Data: ____/____/____

Resultados	Indicadores	Participantes									
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Autoestima	Manutenção de uma postura ereta										
	Manutenção do contacto com os olhos										
	Consideração com os outros										
	Aceitação dos cumprimentos dos outros										
Nível de ansiedade	Irritabilidade										
	Tensão facial										
	Tensão muscular										
	Comportamento problemático										
Nível de agitação	Andar de um lado a outro										
	Movimentos repetitivos										
	Dificuldade de permanecer nas tarefas										
Habilidades de interação Social	Cooperação com os outros										
	Mostra de sensibilidade aos outros										
	Mostra de receptividade										
Comunicação: Expressão	Uso de linguagem não-verbal										
Movimento coordenado	Suavidade de movimentos										
	Movimentos na direção desejada										
	Movimentos no momento certo desejado										
	Movimentos na velocidade desejada										
Equilíbrio	Mantém o equilíbrio enquanto caminha										
	Mantém o equilíbrio enquanto de pé, apoiado em um só pé										

¹ Estas grelhas foram adaptadas da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC, 2010) para os resultados: Autoestima (1205), Nível de ansiedade (1211), Nível de agitação (1214), Habilidades de Interação Social (1502), Comunicação: expressão (0903), Movimento Coordenado (0212) e Equilíbrio (0202).

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

ESCALAS DE AVALIAÇÃO RESULTADOS

Escala Auto-estima:

Definição: Julgamento pessoal do auto-valor

- 1 – Nunca positivo
- 2 – Raramente positivo
- 3 – Algumas vezes positivo
- 4 – Frequentemente positivo
- 5 – Consistentemente positivo
- N/A – Não se aplica

Escala Nível de ansiedade:

Definição: Gravidade de apreensão, tensão ou desassossego manifestado decorrente de uma fonte não identificada

- 1 – Grave
- 2 – Substancial
- 3 – Moderado
- 4 – Leve
- 5 – Nenhum
- N/A – Não se aplica

Escala Nível de agitação:

Definição: Gravidade de manifestações fisiológicas e comportamentais de ruptura por estresse ou elementos bioquímicos

- 1 – Grave
- 2 – Substancial
- 3 – Moderado
- 4 – Leve
- 5 – Nenhum
- N/A – Não se aplica

Escala Habilidades de interação Social:

Definição: Comportamentos pessoais que promovem relações eficientes

- 1 – Nunca demonstrado
- 2 – Raramente demonstrado
- 3 – Algumas vezes demonstrado
- 4 – Frequentemente demonstrado
- 5 – Consistentemente demonstrado
- N/A – Não se aplica

Escala Comunicação: expressão:

Definição: Expressão de mensagens verbais e/ou não verbais

- 1 – Gravemente comprometido
- 2 – Muito comprometido
- 3 – Moderadamente comprometido
- 4 – Levemente comprometido
- 5 – Não comprometido
- N/A – Não se aplica

Escala Movimento coordenado:

Definição: Capacidade dos músculos para trabalhar em conjunto e de forma voluntária para o movimento pretendido

- 1 – Gravemente comprometido
- 2 – Muito comprometido
- 3 – Moderadamente comprometido
- 4 – Levemente comprometido
- 5 – Não comprometido
- N/A – Não se aplica

Escala Equilíbrio:

Definição: Capacidade para manter o equilíbrio do corpo

- 1 – Gravemente comprometido
- 2 – Muito comprometido
- 3 – Moderadamente comprometido
- 4 – Levemente comprometido
- 5 – Não comprometido
- N/A – Não se aplica

**APÊNCIDE II – Avaliação do Programa de Dança na Perspetiva dos
Participantes**

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

Avaliação do Programa de Intervenção pelos Participantes

Local:

Data:

1) Numa escala de 1 a 5, como se sentiu durante as sessões:

Muito bem	Bem	Mais ou menos	Mal	Muito mal
1	2	3	4	5

2) Como é que se sentiu com este grupo?

3) Aspetos positivos das sessões:

4) Na sua opinião, que benefícios tiveram estas sessões para si?

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

5) Numa escala de 1 a 5, acha que estas sessões contribuíram para o seu bem-estar?

Muito bem	Bem	Mais ou menos	Mal	Muito mal
1	2	3	4	5

6) Gostava que algo tivesse sido diferente?

7) Se pudesse, gostaria de continuar a frequentar estas sessões? Porquê?

8) Gostaria de dizer algo mais?

Obrigada pela sua colaboração!

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

**APÊNCIDE III – Avaliação do Programa de Dança na perspectiva do
Terapeuta**

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DANÇA

Data:	Sessão nº:	Duração da Sessão:
1 - Equipamentos/Músicas usados		
2 - Objetivos/Temas predominantes <i>a)</i> Propostos pelo orientador <i>b)</i> Propostos pelo grupo		
3 - O que aconteceu globalmente (incluindo a estrutura usada, respostas e dinâmicas de grupo)?		
4 - Alguma mudança notada?		
5 - Algumas expressões específicas? <i>a)</i> Verbais <i>b)</i> Não-verbais		
6 - Avaliação (incluindo aspetos relacionais, objetivos atingidos, futuros objetivos para a próxima sessão)		
7 - Outros comentários		
8 – Registo do seu próprio processo (o que se passou consigo? Incluindo ideias, memórias, sentimentos que emergiram antes, durante e/ou depois desta sessão de grupo)		

**APÊNCIDE IV – Consentimento Informado - Adultos classificados
com Deficiência Intelectual**

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

Declaração de Consentimento Informado, Esclarecido e Livre

Título do Estudo: Dançar a Vida – A Dança Enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial

Enquadramento: Este estudo tem como objetivo desenvolver a dança como um mediador terapêutico em adultos classificados com deficiência intelectual, no contexto da Unidade de Deficiência Intelectual de Evolução Prolongada (Unidade 15) da Casa de Saúde da Idanha e avaliar os seus efeitos após a sua implementação, esperando-se desenvolver a dança enquanto estratégia em Reabilitação Psicossocial. Este estudo surge no seguimento do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). O programa será constituído por dez sessões de dança semanais com duração entre 60 a 90 minutos, com um limite temporal de três meses (Outubro-Dezembro 2014). A avaliação do programa de dança será realizada mediante grelhas de observação adaptadas ao mesmo. De forma a possibilitar uma melhor avaliação do programa, serão realizadas gravações de vídeo das sessões que servirão somente para suporte metodológico ao processo de investigação e serão visualizadas apenas pela investigadora. As gravações serão destruídas após o término da elaboração do estudo científico.

Confidencialidade e anonimato: Todos os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial. Os resultados serão apresentados após a conclusão do estudo, salvaguardando-se que nenhum participante será identificado.

Participação: A escolha em participar no estudo é livre e voluntária, tendo o direito de recusar a todo o momento a participação no mesmo sem que isso tenha qualquer prejuízo na prestação dos cuidados de saúde.

Obrigada pela colaboração!

A Investigadora: Márcia Santos - Enfermeira a exercer funções na Casa de Saúde da Idanha, Serviço de Deficiência Intelectual de Evolução prolongada (Unidade 15). Mestranda em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

Assinatura da Investigadora

Márcia Leandra Ferreira Santos, Cédula Profissional 2-E-56001

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome _____

Assinatura _____

Data ____/____/____

Em caso de incapacidade:

Nome: _____

BI/CC N.º _____ Data ou Validade ____/____/____

Grau de Parentesco ou Tipo de Representação _____

Assinatura _____

Data ____/____/____

Para qualquer questão, contactar a investigadora: 927389184 ou marciasantos.enf@gmail.com

Este documento é composto de duas páginas e é feito em duplicado: uma via para a investigadora e outra para a pessoa que consente.

APÊNCIDE V – Consentimento Informado - Adolescentes
classificados com Doença Mental

Declaração de Consentimento Informado, Esclarecido e Livre

Título do Estudo: Dançar a Vida – A Dança Enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial

Enquadramento: Este estudo tem como objetivo desenvolver a dança como um mediador terapêutico no contexto do Hospital de Dia do Hospital Dona Estefânia – Clínica da Juventude e avaliar os seus efeitos após a sua implementação, esperando-se desenvolver a dança enquanto estratégia em Reabilitação Psicossocial. Este estudo surge no seguimento do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). O programa será constituído por cerca de oito sessões de dança semanais com duração entre 60 a 90 minutos, com um limite temporal de cinco meses (Outubro 2014-Fevereiro 2015). A avaliação do programa de dança será realizada mediante grelhas de observação NOC adaptadas ao mesmo e a escala de avaliação de programa de dança “Freedom to Move”.

Confidencialidade e anonimato: Todos os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial. Os resultados serão apresentados após a conclusão do estudo, salvaguardando-se que nenhum participante será identificado.

Participação: A escolha em participar no estudo é livre e voluntária, tendo o direito de recusar a todo o momento a participação no mesmo sem que isso tenha qualquer prejuízo na prestação dos cuidados de saúde.

Obrigada pela colaboração!

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

A Investigadora: Márcia Santos - Enfermeira a exercer funções na Casa de Saúde da Idanha, Serviço de Deficiência Intelectual de Evolução prolongada (Unidade 15). Mestranda em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Assinatura da Investigadora

Márcia Leandra Ferreira Santos, Cédula Profissional 2-E-56001

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome _____

Assinatura _____

Data ____/____/____

Em caso menoridade:

Nome: _____

BI/CC N.º _____ Data ou Validade ____/____/____

Grau de Parentesco ou Tipo de Representação _____

Assinatura _____

Data ____/____/____

Para qualquer questão, contactar a investigadora: 927389184 ou marciasantos.enf@gmail.com

Este documento é composto de duas páginas e é feito em duplicado: uma via para a investigadora e outra para a pessoa que consente.

**APÊNCIDE VI – Programa de Intervenção - Adultos Classificados
com deficiência Intelectual**

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

**PROGRAMA DE DANÇA DIRECCIONADO A ADULTOS
CLASSIFICADOS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL**

ESTRUTURAÇÃO DAS SESSÕES DE DANÇA
(Grupo 1)

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

PROGRAMA DE DANÇA
SESSÃO Nº1

Data: 14/10/14 **Horário:** 15.30h-17h

Tema: Quem sou eu: Auto-apresentação

Recursos/Materiais: Ginásio, computador, colunas de som, música

Fase	Tempo	Exercício/Atividades	Música
Aquecimento	15min.	Apresentação das sessões de dança. Autoapresentação de cada participante. Exercícios de aquecimento das cáfalo-caudal e próximo-distal	Sem música
Desenvolvimento	60min.	1- Roda rítmica vínculo pela alegria	Ilumina - Maria Bethânia
		2- Caminhar no ritmo	Riberãozinha
		3- Coordenação rítmica em pares (caminhar em pares)	Toda a menina baiana
		4- Jogo de vitalidade e celebração dos pares	La Poubelle Cuisine - Betty Blue
		5- Jogo de palmas	Reggae Night - Jimmy Cliff
		6- Sincronização rítmica em pares	Boi da lua
		7- Dar e receber a flor	Dance of the Blessed Spirits - Gluck - Orfeo ed Euridice
		8- Fluidez série I, 1º movimento	Isn't a Pity - George Harrison
		9- Dança criativa	That is All – George Harrison
		11- Roda final	Agradecer e abraçar - Maria Bethânia
Partilha	15min.	Partilha informal	Sem música

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

PROGRAMA DE DANÇA
SESSÃO Nº2

Data: 21/10/14 **Horário:** 15.30h-17h

Tema: Quem sou eu, quem és tu - Auto e hétero-apresentação

Recursos/Materiais: Ginásio, computador, colunas de som, música

Fase	Tempo	Exercício/Atividades	Música
Aquecimento	15min.	Introdução à sessão Exercícios de aquecimento próximo-distal e céfalo-caudal Auto-Apresentação (cada um apresenta-se no centro da roda) Hetero-apresentação (apresentação do nome da companheira do lado direito)	Sem música
Desenvolvimento	60min.	1- Roda Rítmica vínculo pela alegria	País Tropical
		2-Caminhar alegre	Andar com fê - Gilberto Gil
		3-Coordenação rítmica em pares (caminhar em pares)	Tour - Carlinhos Brown
		4- Passarinho	O gato e o canário - Pixinguinha
		5-Sincronização rítmica – melódica	Bem leve - Marisa Monte
		6-Fluidez	The Tao of Love
		7- Dança criativa	The big Blue Overture
		8- Eutonia de mãos em grupos de 2/3	Siciliano
		9-Roda de embalo	The Wedding Song – Kenny G.
		10- Roda final	Preciso me encontrar – Marisa Monte
Partilha	15min.	Partilha informal	Sem música

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

PROGRAMA DE DANÇA
SESSÃO Nº3

Data: 28/10/14 **Horário:** 15.30h-17h

Tema: Quem sou eu? Quem és tu? - O meu retrato

Recursos/Materiais: Ginásio, computador, colunas de som, música

Fase	Tempo	Exercício/Atividades	Música
Aquecimento	15min.	Introdução à sessão Exercícios de aquecimento céfalo-caudal e próximo-distal Apresentação do seu nome com um gesto	Mika - Grace Kelly
Desenvolvimento	60min.	1- Roda de iniciação	Queixo da cobra
		2- Um, dois, três, quatro	Queixo da cobra
		3- Seguir o Líder	Ini Kamoze - Here Comes The Hotstepper
		4- Sincronização	Tired of Midnight Blue
		5- Fluidez de grupo sem contacto	Albedo - Vangelis
		6- Auto acariciamento de mãos	The piano
		7- Acariciamento anónimo de mãos em grupos de 4/5	Feeling - Morris Albert
		8- Compressão e descompressão de mãos em roda	Feeling - Morris Albert
		9 – Roda atravessando o mundo	Canta, canta minha gente - Caetano Veloso
Partilha	15min.	Partilha informal	Sem música

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

PROGRAMA DE DANÇA

SESSÃO Nº 4

Data: 04/11/14 **Horário:** 15.30h-17h

Tema: As partes do corpo

Recursos/Materiais: Ginásio, computador, colunas de som, música, colchões

Fase	Tempo	Exercícios/Atividades	Música
Aquecimento	15min.	Introdução à sessão Exercícios de aquecimento céfalo-caudal e próximo-distal Apresentação do seu nome e partilha de uma palavra acerca de como se sente	Queixo da Cobra
Desenvolvimento	60min.	1 - Roda rítmica vínculo pela alegria	Queixo da Cobra
		2 - Caminhar sinérgico e coordenação rítmica em pares	Baila Morena
		3 - Jogo das partes do corpo	Staying Alive
		4 - Jogo do Stop	Filá
		5 - Sincronização rítmica em pares	Boi da lua
		6 - Fluidez - Bola de energia	Koi - Kitaro
		7 - Acariciamento de mãos em pares	The Piano
		8 - Descanso Sensível – Respiração abdominal	Le Single Bleu - Vangelis
		9 - Roda de embalo	Makambo - Geoffrey Oryema
		10 - Roda Final	Menousis - Vangelis e Irene Papas
Partilha	15min.	Partilha informal	Sem música

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

PROGRAMA DE DANÇA

SESSÃO Nº 5

Data: 12/11/14 **Horário:** 14h-15h

Tema: Confiança

Recursos/Materiais: Ginásio, computador, colunas de som, música

Fase	Tempo	Exercício/Atividades	Música
Aquecimento	15min.	Introdução à sessão Exercícios de aquecimento céfalo-caudal e próximo-distal Partilhar o seu nome no centro da roda e o local onde nasceu ou já viveu	Queixo da cobra
Desenvolvimento	60min.	1 - Roda inicial	Agradecer e Abraçar - Maria Bethânia
		2 - Caminhar evocando alegria	Que beleza - Gal Costa
		3 - Seguir o líder em roda	Makulélé - Nazaré Almeida
		4 - Oposição rítmica	Endeagerous species
		5 - Dança do Anjo guia (1º grupo)	Uri-noa
		6 - Dança do Anjo guia (2º grupo)	Uri-noa
		7 – Eutonia de mãos	I Have you Any Time - G. Harrison
		8 – Túnel de carícias de rosto	Avé Maria - Aeron Neville
		9 - Roda de olhares	I Clannad
		10 - Roda Final	J Hope - Alan Philips
Partilha	15min.	Partilha informal	Sem música

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

PROGRAMA DE DANÇA

SESSÃO Nº 6

Data: 18/11/14 **Horário:** 15.30h-17h

Tema: O palco: A conquista do centro

Recursos/Materiais: Ginásio, computador, colunas de som, música, colchões

Fase	Tempo	Exercício/Atividades	Música
Aquecimento	15min.	Introdução à sessão Exercícios de aquecimento céfalo-caudal e próximo-distal	Sem música
Desenvolvimento	60min.	1 - Roda rítmica vínculo pela alegria	The days of the dancing
		2 - Caminhar evocando alegria	Love is in the air
		3 – Banda	Let's twist again
		4 - Abertura de circo	O grande circo místico
		5 - Sincronização rítmica	Boi da Lua
		6 - Peixinhos do Mar	Peixinhos do Mar - Milton Nascimento
		7 – Ninho – Respiração abdominal	Duérmete Ninho
		8 - Levantar, encontros	Imagine - Jonh Lennon
		9 – Despertar	Carmen
		10 - Roda Final	Sing - Carpenters
Partilha	15min.	Partilha informal	Sem música

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

PROGRAMA DE DANÇA

SESSÃO Nº 7

Data: 25/11/14 **Horário:** 15.30h-17h

Tema: O Espelho

Recursos/Materiais: Ginásio, computador, colunas de som, música

Fase	Tempo	Exercício/Atividades	Música
Aquecimento	15min.	Introdução à sessão Exercícios de aquecimento céfalo-caudal e próximo-distal Expressão de um gosto pessoal perante o grupo	Sem música
Desenvolvimento	60min.	1 - Roda rítmica vínculo pela alegria	Ilumina - Maria Betânia
		2 - Caminhar com variações rítmicas	Tub Thumping - Chumbawumba
		3 - Dança do cavalo	Dark Horse
		4 - Espelho em fileiras	Here Comes the Hotstepper
		5 - Sincronização rítmica	Beija-Flor - E. Santiago
		6 - Acariciamento de mãos	Imagine - Jonh Lennon
		7 - Dança livre de fluidez	Thai Chi
		8 - Gesto expressivo Dar e receber a flor	Meditação de Thais - Zamfir
		9 - Encontros	Avé Maria - Aeron Neville
		10 - Roda Final	Aquele Abraço - Tim Maia
Partilha	15min.	Partilha informal	Sem música

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

PROGRAMA DE DANÇA

SESSÃO Nº 8

Data: 02/12/14 **Horário:** 15.30h-17h

Tema: Segmentares

Recursos/Materiais: Ginásio, computador, colunas de som, música

Fase	Tempo	Exercício/Atividades	Música
Aquecimento	15min.	Introdução à sessão Exercícios de aquecimento céfalo-caudal e próximo-distal	Queixo da cobra
Desenvolvimento	60min.	1 - Roda rítmica vínculo pela alegria	Hope of deliverance - Paul Maccartney
		2 - Caminhar não-convencional (variações rítmicas)	Mocking-Bird - Dixieland
		3 - Jogo de palmas	Reagee Night -Jimmy Cliff
		4 - Jogo do sério em grupo	Here comes the Hotstepper
		5 - Sincronização rítmica	I've never been to me - Charlene
		6 - Segmentar peito e braço	Zamfir - Bilitis
		7 - Segmentar de pescoço	Because - Beatles
		8 - Eutonia de mãos	Dança dos espíritos
		9 - Dança criativa de fluidez	Be here Now - George Harrison
		10 - Roda Final	The days of the dancing - Maire Brennan
Partilha	15min.	Partilha informal	Sem música

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

PROGRAMA DE DANÇA

SESSÃO Nº 9

Data: 10/12/14

Horário: 14h-15h

Tema: A Alegria

Recursos/Materiais: Ginásio, computador, colunas de som, música, colchões

Fase	Tempo	Exercício/Atividades	Música
Aquecimento	15min.	Introdução à sessão Exercícios de aquecimento céfalo-caudal e próximo-distal	Fali-Ritmo
Desenvolvimento	60min.	1 - Caminhar evocando alegria	Senegal - Olodum
		2 - Agarrar a oportunidade	Pra Tirar Coco - Messias Holanda
		3 – Banda	Arroz com leite
		4 - Comboio da Alegria	Dona felicidade
		5 - Sincronização rítmica	Boi da Lua
		6 - Dança livre de fluidez, pintando o espaço	Thai Chi
		7 - Eutonia de mãos, pintando o espaço em pares	I have you any time
		8 - Pintar a cara dos companheiros com afetividade	Apo Stigmi Se Stigmi
		9 – Respiração abdominal	Le Single Bleu – Vangelis
		10 – Despertar e Encontros	Morning Moon
		11 - Roda Final	Asya - K'Koustic
Partilha	15min.	Partilha informal	Sem música

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

PROGRAMA DE DANÇA

SESSÃO Nº 10

Data: 16/12/14

Horário: 15h-17.30h

Tema: Confiança

Recursos/Materiais: Ginásio, computador, colunas de som, música

Fase	Tempo	Exercício/Atividades	Música
Aquecimento	15min.	Introdução à sessão Exercícios de aquecimento céfalo-caudal e próximo-distal	Fali-Ritmo
Desenvolvimento	60min.	1 - Caminhar evocando alegria	Senegal – Olodum
		2 - Agarrar a oportunidade	Pra Tirar Coco - Messias Holanda
		3 - Comunicar com as partes do corpo	Alagamar – Sivuca
		4 – Dança do Anjo guia (1º grupo)	Uri - Noa
		5 - Dança do Anjo guia (2º grupo)	Uri - Noa
		6 - Auto-acariciamento de mãos e rosto	The first time - Celine Dion
		7 - Rede afetiva	Grupo Belga Árabe
		8 - Túnel de carícias	Avé Maria -Aeron Neville
		9 - Roda de Olhares	Clannad
		10 - Roda Final	Menousis - Vangelis e Irene Papas
Partilha	15min.	Partilha informal	Sem música

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

APÊNCIDE VII – Programa de Intervenção - Adolescentes
Classificados com Doença Mental

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

**PROGRAMA DE DANÇA DIRECCIONADO A
ADOLESCENTES CLASSIFICADOS COM DOENÇA
MENTAL**

**ESTRUTURAÇÃO DAS SESSÕES DE DANÇA
(Grupo 2A e 2B)**

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

PROGRAMA DE DANÇA
SESSÃO Nº1

GRUPO A: Data: 23/10/14 **Horário:** 15-16.30h

GRUPO B: Data: 24/10/14 **Horário:** 14-16.30h

Tema: Quem sou eu: Auto-apresentação

Recursos/Materiais: Sala Movimento, computador, colunas de som, música

Fase	Tempo	Exercício/Atividade	Música
Aquecimento	15min.	Apresentação das aulas de Biodanza; Exercícios de aquecimento das várias partes do corpo	Sem música
Desenvolvimento	50min.	1 - Caminhar no ritmo	Riberãozinha
		2 - Coordenação rítmica em pares (caminhar lado a lado)	Toda a menina baiana
		3 - Jogo de vitalidade e celebração dos pares	La Poubelle Cuisine - Betty Blue
		4 - Jogo de palmas	Reggae Night - Jimmy Cliff
		5 - Exercício do espelho	Boi da lua
		6 - Dar e receber a flor	Dance of the Blessed Spirits - Gluck - Orfeo ed Euridice
		7 - Fluidez série I, 1º movimento	Isn't a Pity - George Harrison
		8 - Dança criativa	That is All – George Harrison
		9 - Roda de ativação progressiva	Voarás – Paulinho Pedra Azul
		10 - Roda final	Agradecer e abraçar - Maria Betthânia
Partilha	25min.	Momento de descontração e feedback informal	Sem música

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

PROGRAMA DE DANÇA
SESSÃO Nº2

GRUPO A: Data: 30/10/14 **Horário:** 15h-16.30h

GRUPO B: Data: 07/11/14 **Horário:** 14.30h-16h

Tema: Quem sou eu, quem és tu: O Eu e o Outro

Recursos/Materiais: Sala Movimento, computador, colunas de som, música

Fase	Tempo	Exercício/Atividade	Música
Aquecimento	15min.	Introdução à sessão Exercícios de aquecimento de várias partes do corpo	Queixo da cobra
Desenvolvimento	50min.	1 – Roda de Iniciação, com apresentação do nome com um gesto expressivo	Sem música
		2 - Um, dois, três, quatro	Queixo da cobra
		3 – Stop	Filá
		4 - Seguir o líder	Here comes the hotstepper – Ini Kamoze
		5 – Fluidez de grupo sem contacto	Albedo - Vangelis
		6 – Unir as mãos e explorar movimentos	The piano
		7 - Túnel de arcos	Feeling - Morris Albert
		8 – Eutonia de mãos em grupos de 3 e 4	Siliciano
		9 - Roda atravessando o mundo	Canta, canta minha gente - Caetano Veloso
Partilha	25min.	Partilha informal	Sem música

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

PROGRAMA DE DANÇA
SESSÃO Nº3

GRUPO A: Data: 20/11/14 **Horário:** 15h-16.30h

GRUPO B: Data: 07/11/14 **Horário:** 14.30h-16h

Tema: Criatividade e Confiança

Recursos/Materiais: Sala Movimento, computador, colunas de som, música

Fase	Tempo	Exercício/Atividade	Música
Aquecimento	15min.	Introdução à sessão Exercícios de aquecimento céfalo-caudal	Village People
Desenvolvimento	50min.	1 – Roda inicial (Partilhar uma palavra acerca de como se sente)	Sem música
		2 – Caminhar com variações rítmicas (1 – muito rápido, 2 – lento, 3 normal, 4 – chão)	Tub Thumping
		3 – Banda	Let's Twist
		4 – Jogo do sério	Mika - Grace Kelly
		5 - Capoeira	Jing capoeira
		6 – Oposição rítmica	Endeagerous species
		7 – Linha	Antartica
		8 – Dança de Extensão máxima a 2/3 e em grupo	Marooned - Pink Floyd
		9 – Dança do anjo guia (1º grupo)	Uri-Noa
		10 – Dança do anjo guia (2ª grupo)	Uri-Noa
		11 - Respiração abdominal	The sad chief
		12 - Despertar	Carmen
		13 – Rede	Grupo belga-árabe
		14 – Roda final atravessando o mundo	The days of dancing
Partilha	25min.	Partilha informal	Sem música

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

PROGRAMA DE DANÇA
SESSÃO Nº4

GRUPO A: Data: 15/01/15 **Horário:** 15h-16.30h

GRUPO B: Data: 23/01/15 **Horário:** 14.30h-16h

Tema: Confiança e Afetividade

Recursos/Materiais: Sala Movimento, computador, colunas de som, música

Fase	Tempo	Exercício/Atividade	Música
Aquecimento	15min.	Introdução à sessão Exercícios de aquecimento céfalo-caudal	Happy - Pharrell Williams
Desenvolvimento	50min.	1 – Roda inicial (em roda, dizer o seu nome e a cor dos olhos da pessoa do lado direito)	Sem música
		2 – Caminhar com variações rítmicas (1- sozinho; 2 – a dois; 3 – a três; 4- comboio; 5- roda; 6- rebolar)	Hot Lunch Jam - Irene Cara
		3 – Jogo do Divergente - “O que tu queres?”	Sem música
		4 – Agarra a oportunidade (próximo, cores, partes do corpo)	Pra Tirar Coco - Messias Holanda
		5 – Jogo Não me Toques (1º grupo)	Alagamar - Sivuca
		6 - Jogo Não me Toques (2º grupo)	Alagamar, Sivuca
		7 - Coordenação a dois, de mãos dadas frente-a-frente, em deslocamento lateral, pelo túnel	Dark Horse
		8 - Desafios de Bandas	Arroz com leche
		9 – Extensão máxima	Hero-chad Spiderman
		10 – Dança livre de Fluidez (pintar, escrever o nome, desenhar os sonhos no espaço)	Thai Chi
		11 – Dar movimento ao companheiro (1º Grupo)	Missing
		12 - Dar movimento ao companheiro (2º Grupo)	Missing
		13 – Descansar num lugar mágico	
		14 - Despertar e encontros	Apo Stigmi Se Stigmi
		15 - Roda final	Asya - K'Koustic
Partilha	25min.	Partilha informal	Sem música

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

PROGRAMA DE DANÇA

SESSÃO Nº 5

GRUPO A: Data: 29/01/15 **Horário:** 15h-16.30h

GRUPO B: Data: 06/02/15 **Horário:** 14.30h-16h

Tema: Quem sou eu? Quem és tu? Confiança e Afetividade

Recursos/Materiais: Sala Movimento, computador, colunas de som, música

Fase	Tempo	Exercício/Atividade	Música
Aquecimento	15min.	Introdução à sessão Exercícios de aquecimento céfalo-caudal	YMCA - Village People
Desenvolvimento	55min.	1 – Roda inicial e Cerimónia de apresentação: dizer o seu nome com um gesto expressivo	Sem música
		2 – Caminhar alegre (Caminhar com folhas nas costas, escrever alguma coisa sobre o colega, uma qualidade, uma coisa que se gosta no colega)	Grace Kelly
		3 – Jogo: O que tu queres?	Sem música
		4 – Seguir o Líder	Folow the lider - Los morenos
		5 – Tocar e responder 1º grupo	Pandeiro
		6 – Tocar e responder 2º grupo	Pandeiro
		7 - Escultura de encaixe	A morte da capoeira
		8 – Pendulo 1º grupo (a 3)	Oluwa
		9 – Pendulo 2º grupo	Oluwa
		10 – Pendulo 3º grupo	Oluwa
		11 – Chuva 1º grupo Água fluidez (pintar a cara dos companheiros + chuva)	The first time
		12 – Chuva 2º grupo Água Fluidez (pintar a cara dos companheiros + chuva)	The first time
		13 – Descansar num lugar mágico	Angel innocence
		14 – Despertar	Apo Stigmi Se Stigmi
		15 – Encontros	Morning Moon
		16 – Roda final atravessando o mundo e estrela, com canto	Asya - K'Koustic
Partilha	20min.	Partilha informal	Sem música

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

PROGRAMA DE DANÇA
SESSÃO Nº6

GRUPO A: Data: 12/02/15 **Horário:** 15h-16.30h

Tema: Os Animais

Recursos/Materiais: Sala Movimento, computador, colunas de som, música

Fase	Tempo	Exercício/Atividade	Música
Aquecimento	15min.	Introdução à sessão Exercícios de aquecimento céfalo-caudal e próximo-distal	YMCA, Village People
Desenvolvimento	55min	1 – Cerimónia de apresentação em roda: se fosse um animal, qual seria?	Sem música
		2 –JOGO – 1 - brincar sozinho, 2 - brincar em pares, 3 - brincar todos juntos	Grace Kelly
		3 - Agora ou nunca – Agarrar a oportunidade	Pra tirar coco
		4 – Espelho em roda	Ini Kamoze
		5 - Luta e Fuga	Night Fight
		6 – Escultura de Encaixe	A morte da capoeira
		7 – Preparação para a viagem na floresta em que cada um escolhe um objeto para levar consigo	Sem música
		8 – Caminhada na floresta	Indiana Jones – Theme Song
		9 – Chegada ao acampamento	
		10 – Carícias do rosto em pares (Grupo 1)	Claire de Lune - Debussy
		11 – Carícias do rosto em pares (Grupo 2)	Claire de Lune - Debussy
		12 – Ninho ecológico	Blue Lotus
		13 – Despertar e encontros	Morning Moon
		14 – Roda final atravessando o mundo e estrela, com canto	Asya, K'Koustic
Partilha	20min	Partilha informal	Sem música

**APÊNCIDE VIII – Avaliação das Sessões de Dança por parte do
Terapeuta - Adultos Classificados com Deficiência Intelectual**

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

**Avaliação das Sessão de Dança em Adultos Classificados com
Deficiência Intelectual**

(Payne, 1997, trad. e adaptado por Graça Duarte Santos, 1999)

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DANÇA

Data: 14-10-14 Sessão nº: 1	Duração da Sessão: 1h30min
1 - Equipamentos/Músicas usados Colunas de som, computador. Músicas: Ilumina - Maria Bethânia; Riberãozinha, Toda a menina baiana, La Poubelle Cuisine - Betty Blue, Reggae Night - Jimmy Cliff, Boi da lua, Dance of the Blessed Spirits - Gluck - Orfeo ed Euridice, Isn't a Pity - George Harrison, That is All - George Harrison, Agradecer e abraçar - Maria Bethânia	
2 - Objetivos/Temas predominantes a) Propostos pelo orientador Quem sou eu - Autoapresentação b) Propostos pelo grupo	
3 - O que aconteceu globalmente (incluindo a estrutura usada, respostas e dinâmicas de grupo)? Globalmente houve uma boa adesão aos exercícios propostos ao longo da sessão, embora as participantes tenham estranhado a dinâmica dos exercícios propostos. As utentes, no geral, respeitaram o espaço e mantiveram um bom relacionamento entre elas e os profissionais de saúde presentes na sessão, no entanto o ritmo de verbalizações e movimentos era agitado e acelerado, durante toda a primeira parte da sessão, com interrupções constantes e conversas paralelas.	
4 - Alguma mudança notada?	
5 - Algumas expressões específicas? a) Verbais "Afinal consigo dançar"; "Gosto muito de dançar"; "Para a semana quero vir". b) Não-verbais Expressões de alegria e sorrisos, gestos de carinho e agradecimento.	
6 - Avaliação (incluindo aspetos relacionais, objetivos atingidos, futuros objetivos para a próxima sessão) A sessão demonstrou ter um tempo de duração demasiado longo, relativamente à parte dinâmica da sessão, para o que as utentes toleram ao exercício físico. Na próxima sessão o tempo de duração da parte dinâmica deverá ser diminuído, e preservar-se a regulação na parte ativa da aula, para diminuir o cansaço que a maioria sentiu. As utentes não manifestaram comportamentos agressivos ou de hostilidade durante a sessão, relacionando-se cordialmente entre elas e os profissionais de saúde.	
7 - Outros comentários	
8 - Registo do seu próprio processo (o que se passou consigo? Incluindo ideias, memórias, sentimentos que emergiram antes, durante e/ou depois desta sessão de grupo) Inicialmente sentia-me expectante por ser a primeira sessão de dança do grupo e não saber se as utentes iriam aderir às propostas ou como se iriam relacionar entre elas. À medida que a sessão foi decorrendo, o nível de ansiedade foi diminuindo e um sentimento de gratificação final se foi instalando pela forte adesão às propostas e expressão não-verbal e verbal das utentes de alegria e satisfação. No entanto esta sessão, foi um pouco caótica, com muitas interrupções ao terapeuta, conversas paralelas, o que refleti posteriormente como posso colocar mais limites para as próximas sessões.	

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DANÇA

Data: 21-10-14	Sessão nº: 2	Duração da Sessão: 1h30min
1 - Equipamentos/Músicas utilizados Colunas de som, computador. Músicas: País Tropical, Andar com fê - Gilberto Gil, Tour - Carlinhos Brown, O gato e o canário – Pixinguinha, Bem leve - Marisa Monte, The Tao of Love, The big Blue Overture, Siciliano, The Wedding Song – Kenny G., Preciso me encontrar – Marisa Monte		
2 - Objetivos/Temas predominantes a) Propostos pelo orientador Quem sou eu, quem és tu - Auto e hétero-apresentação b) Propostos pelo grupo		
3 - O que aconteceu globalmente (incluindo a estrutura usada, respostas e dinâmicas de grupo)? Na roda inicial de apresentação sentiu-se algum desconforto por parte da maioria das utentes, com dificuldade na projeção de voz e assumir o centro da roda para se apresentarem; houve também alguma dificuldade na hétero-apresentação, por sentimentos de desconforto na exposição perante os outros. No decurso da sessão, as utentes aderiram aos exercícios, no entanto, houve um grande desconforto a meio da mesma, por a maioria sentir cansaço. A parte regressiva, recorrendo a exercícios de fluidez, acabou por ter mais adesão, no entanto muitas das utentes já se encontravam muito cansadas, o que levou a alguma dispersão nas propostas. Nos exercícios individuais, há tendência para algumas participantes procurarem pares, especialmente nos exercícios de fluidez.		
4 - Alguma mudança notada? Notou-se um à vontade maior na relação entre as utentes e profissionais de saúde presentes, na realização dos exercícios.		
5 - Algumas expressões específicas? a) Verbais Houveram algumas expressões verbais de desconforto na auto e hétero-apresentação como “Tenho vergonha” e “Não consigo”. b) Não-verbais Desconforto inicial, com dificuldade na projeção da voz, olhar cabisbaixo.		
6 - Avaliação (incluindo aspetos relacionais, objetivos atingidos, futuros objetivos para a próxima sessão) Na próxima sessão a parte ativa da aula deverá ser ainda menor, ou com exercícios com menor intensidade vital, de forma a permitir uma maior auto-regulação. As utentes conseguiram expor-se perante o grupo, apesar do desconforto ainda sentido, sendo este objetivo para manter nas próximas sessões, tal como o desenho de sessões com o tema “Confiança”		
7 - Outros comentários		
8 – Registo do seu próprio processo (o que se passou consigo? Incluindo ideias, memórias, sentimentos que emergiram antes, durante e/ou depois desta sessão de grupo) Senti-me a meio da sessão como que constrangida, por as utentes estarem a sentir tanto cansaço, o que me levou a adaptar a aula, e a retirar aulas exercícios. Apesar de ter desenhado a sessão com a parte dinâmica menor, o cansaço ainda foi muito sentido pelas utentes. A parte regressiva acabou por ser de menor duração. Levou-me também a pensar nas reais dificuldades das utentes e naquilo que eu provavelmente senti-a como expectável e não correspondia à realidade do grupo. As sessões devem ainda ser mais adaptadas a esta população.		

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DANÇA

Data: 28-10-14	Sessão nº: 3	Duração da Sessão: 1h30min
1 - Equipamentos/Músicas utilizados Colunas de som, computador. Músicas: Mika - Grace Kelly, Queixo da cobra, Ini Kamoze - Here Comes The Hotstepper, Tired of Midnight Blue, Albedo – Vangelis, The piano, Feeling - Morris Albert, Canta, canta minha gente - Caetano Veloso		
2 - Objetivos/Temas predominantes a) Propostos pelo orientador Quem sou eu? Quem és tu? – O meu retrato b) Propostos pelo grupo		
3 - O que aconteceu globalmente (incluindo a estrutura usada, respostas e dinâmicas de grupo)? O grupo aderiu muito bem às dinâmicas. A dinâmica de apresentação com um gesto decorreu com mais confiança por parte da maioria das participantes. A parte de ativação da sessão foi mais curta em relação à anterior, o levou as participantes a se sentirem menos cansadas. A parte regressiva, constituída pelo acariciamento das próprias mãos, com movimento sensível e ao acariciamento de mãos em grupo, foram os que mais interesse despertaram às utentes, criando maior harmonia entre o grupo. A resposta a este exercício foi extremamente satisfatória.		
4 - Alguma mudança notada? Sentiu-se que as utentes conhecem melhor as dinâmicas e se sentem mais à vontade na utilização do espaço físico.		
5 - Algumas expressões específicas? Não-verbais: a) Verbais Como expressões verbais surgiu: “Que bom mexer nas mãos”, “Gostei tanto de fazer festinhas nas mãos”. b) Não-verbais Sorrisos e risos na parte de ativação; descontração e relaxamento na parte regressiva. Grande procura de contacto físico comigo (abraços, dar as mãos, correr e ir de encontro comigo).		
6 - Avaliação (incluindo aspetos relacionais, objetivos atingidos, futuros objetivos para a próxima sessão) Sentiu-se que foi conquistado um espaço de intimidade entre as utentes, que ainda não tinha sido alcançado, tendo sido manifestado pela maioria que gostaram do contacto das mãos, contrariando, os comportamentos hétero-agressivos ou de desconsideração que muitas vezes se fazem sentir na dinâmica diária da unidade.		
7 - Outros comentários		
8 – Registo do seu próprio processo (o que se passou consigo? Incluindo ideias, memórias, sentimentos que emergiram antes, durante e/ou depois desta sessão de grupo) Nesta sessão senti-me muito descontraída e à vontade, no entanto encontrava-me expectante pela proposta de acariciamento de mãos que iria fazer e não sabia como o grupo e cada utente iria reagir à mesma. Acabei por me sentir deslumbrada perante a adesão por este exercício. No final da sessão algumas utentes associaram este exercício a palavras como: “Carinho” e “Amizade”.		

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DANÇA

Data: 04-11-14	Sessão nº: 4	Duração da Sessão: 1h30min
1 - Equipamentos/Músicas utilizados Colunas de som, computador, colchões. Músicas: Queixo da Cobra, Baila Morena, Staying Alive, Filá, Boi da lua, Koi – Kitaro, The Piano, Le Single Bleu – Vangelis, Makambo - Geoffrey Oryema, Menousis - Vangelis e Irene Papas		
2 - Objetivos/Temas predominantes a) Propostos pelo orientador As partes do corpo b) Propostos pelo grupo		
3 - O que aconteceu globalmente (incluindo a estrutura usada, respostas e dinâmicas de grupo)? Foi estimulada a comunicação verbal no início da sessão, com o assumir do seu nome no centro da roda e a expressão de uma palavra acerca de “como se sente hoje”, perante o grupo. Algumas utentes revelam muito divertimento em dançar com as partes do corpo, individualmente e em grupo, favorecendo também o aumento da consciência corporal. A dinâmica de relaxamento no chão foi muito bem aceite por todo o grupo, embora inicialmente com alguma estranheza. Algumas participantes tiveram muita dificuldade em termos físicos em posicionar-se no chão e a levantar-se, tendo sido essencial a ajuda dos profissionais de saúde presentes na sessão. Algumas utentes tiveram muita dificuldade em fechar os olhos ou descontraír a face, notando-se uma grande tensão ao nível da musculatura facial. Outras utentes, pelo contrário, tiveram uma grande facilidade em relaxar, tendo sido mesmo necessária a intervenção do terapeuta, para que despertassem e progressivamente se levantassem do chão.		
4 - Alguma mudança notada? Sentiu-se um maior nível de envolvimento do grupo, com uma maior facilidade na elaboração das propostas de movimento. O nível de confiança aumentou, em relação à sessão anterior, bem como o nível de relaxamento perante a expressão e exposição no seio do grupo.		
5 - Algumas expressões específicas? a) Verbais Algumas utentes referiram: “que difícil” ou “não consigo fazer isso”, na explicação das propostas. No entanto todas aderiram às propostas, executando-se na sua maioria com sucesso. No final da sessão, referiram que gostaram muito da parte regressiva: “Gostei de estar no chão” “Gostei de por a mão na barriga” b) Não-verbais Tensão e relaxamento faciais e do corpo.		
6 - Avaliação (incluindo aspetos relacionais, objetivos atingidos, futuros objetivos para a próxima sessão) Em relação aos aspetos relacionais, encontra-se ainda em desenvolvimento o nível de intimidade, com contacto visual e expressão da afetividade por meio do contacto corporal através do contacto de mãos e cumprimentos. Este será um objetivo a manter para as próximas sessões.		
7 - Outros comentários		
8 – Registo do seu próprio processo (o que se passou consigo? Incluindo ideias, memórias, sentimentos que emergiram antes, durante e/ou depois desta sessão de grupo) Senti que as utentes demoram algum tempo a assimilar e a integrar o que lhes é proposto, o que me fez sentir durante a sessão, por vezes ansiosa. Como aspeto a melhorar a explicação dos exercícios deverão ser mais pausadas e mais repetidas e demonstrar o exercício antes de passar para a realização por parte do grupo.		

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DANÇA

Data: 12-11-14	Sessão nº: 5	Duração da Sessão: 1h30min
1 - Equipamentos/Músicas utilizados Colunas de som, computador. Músicas: Agradecer e Abraçar - Maria Bethânia, Que beleza - Gal Costa, Makulélé - Nazaré Almeida, Endeagerous species, Uri-noa, I Have you Any Time - G. Harrison, Avé Maria - Aeron Neville, I Clannad, J Hope - Alan Philips		
2 - Objetivos/Temas predominantes a) Propostos pelo orientador Confiança 1. Propostos pelo grupo		
3 - O que aconteceu globalmente incluindo a estrutura usada, respostas e dinâmicas de grupo O grupo aderiu muito bem a todos os exercícios de movimento propostos. Não sentiram cansaço, sentiu-se um grande à-vontade na realização das dinâmicas. Na parte ativa da aula as utentes revelaram uma maior integração motora e afetiva, com demonstração de consideração e gestos afetivos, umas para com as outras. A parte regressiva da aula com a dança do anjo guia e com acariciamento de rosto em túnel, foram muito bem aceites pelo grupo, com uma grande envolvimento e gestos ternurentos, de cuidar e de se deixar cuidar, entregando-se à vivência.		
4 - Alguma mudança notada? Para além da evidente progressão em termos de coordenação motora, notou-se uma progressão acentuada ao nível da entrega e da afetividade entre todos os elementos do grupo. A escolha de um par e as trocas são mais fluidas e menos diferenciadas. O grupo encontra-se com um sentido de unidade maior. Há expressões verbais e não-verbais de qualificação do outro por parte das utentes sem ser necessário serem motivadas a fazê-lo, surgindo já com maior espontaneidade.		
5 - Algumas expressões específicas? a) Verbais “Que bom” “Viva!!” b) Não-verbais Em termos do não-verbal, notou-se um assumir pessoal mais pronunciado, com uma postura mais ereta, sorrisos mais abertos e movimentos dos braços mais amplos.		
6 - Avaliação (incluindo aspetos relacionais, objetivos atingidos, futuros objetivos para a próxima sessão) O nível de intimidade relacional foi francamente atingido em relação à sessão anterior, com maior à-vontade no olhar e ser olhado, maior à vontade nos cumprimentos e na celebração de si mesmo e do outro. Maior contato afetivo e de consideração pelo outro. A dança do anjo guia e o acariciamento do rosto em túnel foram os exercícios que as participantes mais referiram que gostaram no final da sessão.		
7 - Outros comentários A maior parte das utentes evidencia um grande à-vontade para relaxar, deixando-se entregar com um grande nível de vivência às propostas, principalmente na parte regressiva da sessão.		
8 – Registo do seu próprio processo (o que se passou consigo? Incluindo ideias, memórias, sentimentos que emergiram antes, durante e/ou depois desta sessão de grupo) Nesta sessão, senti-me mais integrada e com uma visão mais realista do grupo, das suas capacidades e limitações. Senti-me absolutamente maravilhada com as expressões faciais do final da sessão, a serenidade que senti devolvida do grupo e o brilho do olhar de algumas utentes, o que me devolveu um sentimento de gratificação pelas sessões realizadas até agora.		

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DANÇA

Data: 18-11-14	Sessão nº: 6	Duração da Sessão: 1h30min
1 - Equipamentos/Músicas utilizados Colunas de som, computador, colchões. Músicas: The days of the dancing, Love is in the air, Let's twist again, O grande circo místico, Boi da Lua, Peixinhos do Mar - Milton Nascimento, Duérmete Ninho, Imagine - Jonh Lennon, Carmen, Sing – Carpenters		
2 - Objetivos/Temas predominantes a) Propostos pelo orientador O palco: A conquista do centro b) Propostos pelo grupo		
3 - O que aconteceu globalmente (incluindo a estrutura usada, respostas e dinâmicas de grupo)? O caminhar evocando alegria, com acentuação da abertura de braços, teve uma adesão muito boa por parte da maioria das utentes, que se alegrou ao realizar o exercício. No exercício da Banda inicialmente as utentes estavam um pouco inibidas, e gradualmente foram-no realizando, mudando até autonomamente de instrumento musical que estavam a tocar. A abertura do circo também foi muito bem aceite e algumas utentes queriam mesmo ser as primeiras a realizar o exercício, que consistia em ir ao centro a roda e a partir daí circularem pela periferia da roda, dizendo euforicamente o seu nome.		
4 - Alguma mudança notada? Postura mais ereta por parte de algumas utentes, maior amplitude de movimentos. Maior confiança na realização das dinâmicas e libertação do contacto. Conseguiram globalmente uma boa sincronia em pares.		
5 - Algumas expressões específicas? a) Verbais “Que bom” b) Não-verbais		
6 - Avaliação (incluindo aspetos relacionais, objetivos atingidos, futuros objetivos para a próxima sessão) As participantes demonstraram uma maior confiança e à-vontade nas dinâmicas propostas, refletindo o trabalho realizado nas sessões de grupo até esta sessão. Na parte regressiva, com descanso sensível, o grupo tendencialmente demonstrou maior entrega à vivência, ultrapassando-se a estranheza sentida na última sessão em que esta dinâmica foi realizada.		
7 - Outros comentários		
8 – Registo do seu próprio processo (o que se passou consigo? Incluindo ideias, memórias, sentimentos que emergiram antes, durante e/ou depois desta sessão de grupo) Antes da sessão e durante a mesma, senti-me muito à-vontade na dinamização das sessões, no entanto, em relação às dinâmicas propriamente ditas, senti por vezes uma certa pressão na dinamização para tornar o clima mais interativo entre as próprias utentes.		

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DANÇA

Data: 25-11-14	Sessão n°: 7	Duração da Sessão: 1h30min
1 - Equipamentos/Músicas utilizados Colunas de som, computador. Músicas: Queixo da Cobra, Ilumina - Maria Betânia, Tub Thumping - Chumbawumba, Dark Horse, Here Comes the Hotstepper, Beija-Flor - E. Santiago, magine - Jonh Lennon, Thai Chi, Meditação de Thais – Zamfir, Avé Maria - Aeron Neville, Aquele Abraço - Tim Maia		
2 - Objetivos/Temas predominantes a) Propostos pelo orientador O Espelho b) Propostos pelo grupo		
3 - O que aconteceu globalmente (incluindo a estrutura usada, respostas e dinâmicas de grupo)? Nesta sessão o caminhar com variações rítmicas despertou entusiasmo por partes das participantes, em que o Terapeuta ao dizer o número 1, tinham de caminhar lentamente, ao dizer o número 2, tinham de caminhar normal, e ao número 3 tinham de caminhar de modo acelerado. Foi realizada a Dança do Cavalo que tinha por objetivo induzir a imaginação de cavalgar num cavalo, marchando num estilo de trote e a Dança do Espelho em Fileiras, em que com grupo de participantes dividido em dois, as pessoas de um grupo faziam gestos que eram imitados pela parceira da frente e vice-versa, com várias trocas. Finalmente foi realizada a parte regressiva da aula, com o exercício de dar e receber a flor.		
4 - Alguma mudança notada? Maior amplitude dos movimentos ao nível dos membros inferiores. Maior expressividade ao dar e receber a flor.		
5 - Algumas expressões específicas? a) Verbais b) Não-verbais Houve a expressão de comportamentos que manifestam bem-estar e aceitação das atividades: as participantes sorriram ao longo das dinâmicas de grupo, mostrando-se contentes e animadas.		
6 - Avaliação (incluindo aspetos relacionais, objetivos atingidos, futuros objetivos para a próxima sessão) O caminhar com variações rítmicas induziu no grupo um grande entusiasmo, no entanto, notou-se alguma dificuldade em passar de um ritmo ao outro. A Dança do Cavalo, resultou muito bem, com grande aderência. De forma geral, quase todas as utentes conseguiram imaginar-se a trote num cavalo. A Dança do Espelho em Fileiras despertou alguma estranheza, principalmente ao nível criativo de executar movimentos diferentes para a companheira imitar, requerendo grande dinamização por parte do Terapeuta.		
7 - Outros comentários		
8 – Registo do seu próprio processo (o que se passou consigo? Incluindo ideias, memórias, sentimentos que emergiram antes, durante e/ou depois desta sessão de grupo)		

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DANÇA

Data: 02-12-14	Sessão nº: 8	Duração da Sessão: 1h30min
1 - Equipamentos/Músicas utilizados Colunas de som, computador. Músicas: Queixo da cobra, Hope of deliverance -Paul Maccartney, Mocking-Bird – Dixieland, Reagee Night - Jimmy Cliff, Here comes the Hotstepper, I've never been to me – Charlene, Zamfir – Bilitis, Because – Beatles, Dança dos espíritos, Be here Now - George Harrison, The days of the dancing - Maire Brennan		
2 - Objetivos/Temas predominantes a) Propostos pelo orientador Segmentares b) Propostos pelo grupo		
3 - O que aconteceu globalmente (incluindo a estrutura usada, respostas e dinâmicas de grupo)? Globalmente a sessão teve grande adesão por parte das utentes. O caminhar com variações rítmicas resultou muito bem em relação à sessão anterior, tendo todas elas conseguido ajustar o ritmo do caminhar, entre o normal, lento e rápido. O jogo das palmas trouxe muitos sorrisos e risos, houve algumas utentes que conseguiram fazer movimentos diferentes de mãos. No Jogo do Sério, inicialmente algumas utentes não sabiam bem o que fazer, mas depois, com observação de outras e do dinamizador conseguiram fazer movimentos, expressões e posturas que levaram as outras utentes a rirem-se, estimulando a criatividade. Nos segmentares de peito e braço e pescoço revelaram bastante dificuldade na execução dos movimentos, com uma amplitude muito pequena. No entanto, em algumas participantes houve manifestação de prazer ao realizar este exercício, por estarem com os olhos fechados ao som da música. A dança de eutonia de mãos em pares também resultou muito bem.		
4 - Alguma mudança notada? A maior mudança notada nesta sessão revelou-se ao nível do comportamento geral do grupo com cada vez menos interrupções ou conversas paralelas durante a sessão. Para além disso, nota-se uma grande entrega na execução dos exercícios, onde cada utente realiza o exercício como consegue, não deixando de lado o mais difícil.		
5 - Algumas expressões específicas? <ul style="list-style-type: none">• Verbais• Não-verbais		
6 - Avaliação (incluindo aspetos relacionais, objetivos atingidos, futuros objetivos para a próxima sessão) As participantes revelaram grande dificuldade na mobilização dos segmentares propostos, com muito pouca amplitude de movimentos, principalmente ao nível do segmentar do pescoço. Os segmentares de peito e braços e pescoço deverão ser propostos mais vezes, ao longo das sessões.		
7 - Outros comentários		
8 – Registo do seu próprio processo (o que se passou consigo? Incluindo ideias, memórias, sentimentos que emergiram antes, durante e/ou depois desta sessão de grupo) De uma forma geral, nas sessões, tem havido muita expressão de afetos positivos para mim, muitas palmas, muito entusiasmo, fazendo com que me sinta também com dose extra de entusiasmo e feliz por ver a felicidade estampada nos rostos!		

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DANÇA

Data: 10-12-14	Sessão nº: 9	Duração da Sessão: 1h
1 - Equipamentos/Músicas utilizados Colunas de som, computador, colchões. Músicas: Fali-Ritmo, Senegal – Olodum, Pra Tirar Coco - Messias Holanda, Arroz com leite, Dona felicidade, Boi da Lua, Thai Chi, I have you any time, Apo Stigmi Se Stigmi, Le Single Bleu – Vangelis, Morning Moon, Asya - K'Koustic		
2 - Objetivos/Temas predominantes a) Propostos pelo orientador A Alegria b) Propostos pelo grupo		
3 - O que aconteceu globalmente (incluindo a estrutura usada, respostas e dinâmicas de grupo)? As dinâmicas de Agarrar a Oportunidade, Banda e Comboio da Alegria foram os exercícios-chave da sessão. A dinâmica de Agarrar a Oportunidade consistia em o Terapeuta parar a música, em vários momentos, ao que as participantes tinham de agarrar quem se encontrava mais próximo de si. Neste exercício, inicialmente, as participantes sentiram alguma estranheza em agarrar e ser agarradas, o que foi facilmente superado, com a continuação da dinamização, gerando muita diversão. O exercício da Banda, já introduzido no programa, foi desta vez mais facilmente executado de forma criativa pelas participantes. O Comboio da Alegria, com massagens nas costas e trocas de posições, favoreceu o sentido de grupo e a coesão do mesmo.		
4 - Alguma mudança notada? Maior espontaneidade e aceitação do outro, mais indiferenciadamente para realizar os exercícios, maior amplitude de movimentos e capacidade de fluidez, menos conversas paralelas entre os membros do grupo, com assimilação das dinâmicas próprias de cada exercício. Houver muitos momentos de silêncio, o que indicia uma assimilação muito grande ao longo das últimas 8 sessões para a importância da escuta do outro.		
5 - Algumas expressões específicas? a) Verbais b) Não-verbais Como respostas não-verbais mais específicas, o riso e o sorriso, de maior amplitude, mais espontâneo, fâcies mais alegre.		
6 - Avaliação (incluindo aspetos relacionais, objetivos atingidos, futuros objetivos para a próxima sessão) O grupo mostrou-se muito coeso, com maior capacidade de escolha indiferenciada dos companheiros para realizar exercícios a par. Constatou-se alguma vergonha, com olhar cabisbaixo, na realização dos exercícios de fluidez individual, com a dinâmica de estar a pintar o espaço, da linha da criatividade.		
7 - Outros comentários		
8 – Registo do seu próprio processo (o que se passou consigo? Incluindo ideias, memórias, sentimentos que emergiram antes, durante e/ou depois desta sessão de grupo) Nesta sessão, por ter apenas uma hora para utilização do ginásio, causou-me uma certa pressão que me condicionou durante toda a sessão, que foi já mais curta a contar com esta condicionante. As utentes necessitam de um espaço-tempo flexível, em que as consignas possam ser repetidas para ser bem entendidas.		

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DANÇA

Data: 16-12-14	Sessão nº: 10	Duração da Sessão: 1h30min
1 - Equipamentos/Músicas utilizados Colunas de som, computador. Músicas: Fali-Ritmo, Senegal – Olodum, Pra Tirar Coco - Messias Holanda, Alagamar – Sivuca, Uri – Noa, The first time - Celine Dion, Grupo Belga Árabe, Avé Maria -Aeron Neville, Clannad, Menousis - Vangelis e Irene Papas		
2 - Objetivos/Temas predominantes a) Propostos pelo orientador Confiança b) Propostos pelo grupo		
3 - O que aconteceu globalmente (incluindo a estrutura usada, respostas e dinâmicas de grupo)? O grupo aderiu muito bem às propostas. Nesta fase o grupo encontra-se mais coeso o que é refletido nas dinâmicas, escolhas de companheiras para a realização de exercícios a pares e trocas.		
4 - Alguma mudança notada? As participantes manifestam mais à-vontade a cantar, na roda final em que o refrão de músicas simples é estimulado a cantar pelo terapeuta. Como algumas dinâmicas já tinham sido realizadas em sessões anteriores, as participantes demonstraram mais autonomia em relação à execução das mesmas.		
5 - Algumas expressões específicas? a) Verbais b) Não-verbais		
6 - Avaliação (incluindo aspetos relacionais, objetivos atingidos, futuros objetivos para a próxima sessão) Constatou-se uma maior harmonia no grupo, cada vez menos interrupções, maior tranquilidade em geral na execução das atividades, com uma maior união entre todas as participantes.		
7 - Outros comentários		
8 – Registo do seu próprio processo (o que se passou consigo? Incluindo ideias, memórias, sentimentos que emergiram antes, durante e/ou depois desta sessão de grupo) Como última sessão, senti-me ao longo da mesma e no final com uma certa tristeza por as sessões (pelo menos por agora) terminarem por aqui. Senti-me apreensiva relativamente ao futuro em relação à continuação da dinamização desta intervenção.		

**APÊNCIDE IX – Avaliação das Sessões de Dança na perspectiva do
Terapeuta - Adolescentes Classificados com Doença Mental**

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

**Avaliação da sessão de Dança em Adolescentes Classificados com
Doença Mental - Grupo 2A**

(Payne, 1997, trad. e adaptado por Graça Duarte Santos, 1999)

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DANÇA

Data: 23/10/14	Sessão nº: 1	Duração da Sessão: 1h30min
1 - Equipamentos/Músicas usados Colunas de som, computador. Músicas: Riberãozinha, Toda a menina baiana, La Poubelle Cuisine - Betty Blue, Reggae Night - Jimmy Cliff, Boi da lua, Dance of the Blessed Spirits - Gluck - Orfeo ed Euridice, Isn't a Pity - George Harrison, Voarás – Paulinho Pedra Azul, Agradecer e abraçar - Maria Bethânia		
2 - Objetivos/Temas predominantes c) Propostos pelo orientador Quem sou eu – Autoapresentação d) Propostos pelo grupo		
3 - O que aconteceu globalmente (incluindo a estrutura usada, respostas e dinâmicas de grupo)? O caminhar inicial, passado muito pouco tempo tornou-se desconfortável para a maioria dos participantes, pelo que introduzi a consigna de seguir alguém: seguir alguém de longe e depois mais perto até chegar mesmo próximo dele. Esta dinâmica acabou por quebrar o gelo e despoletar risos e boa disposição. Senti que o caminhar lado a lado resultou muito bem e com trocas deu a possibilidade de cada elemento se aproximar mais de outros elementos. Também senti muito boa disposição e alegria no jogo de vitalidade e no jogo de palmas. O exercício do espelho, mais da linha da criatividade, logo durante a atividade senti que foi mais difícil para alguns participantes, O dar e receber a flor também senti que resultou bem e todas elas foram passando e dando e recebendo a flor. Na fluidez, em que os movimentos tinham tendência a acelerarem em vez de se lentificarem e suavizarem, levou-me a adaptar a consigna, introduzindo a imaginação de voar, caminhar de astronauta e mergulhar e depois com a dinâmica de ir ao centro e passarem umas pelas outras e aumentar e diminuir o espaço da sala onde se poderiam mover.		
4 - Alguma mudança notada? Mudança ao nível da expressão facial da maioria das adolescentes, mais sorridente e leve		
5 - Algumas expressões específicas? c) Verbais “Não consigo fazer isto”, “Não sei o que fazer”, “Não gostei de contato corporal”. d) Não-verbais Alguns desconforto; Alguns risos, faces alegres e postura divertida.		
6 - Avaliação (incluindo aspetos relacionais, objetivos atingidos, futuros objetivos para a próxima sessão) Para a próxima sessão penso ser importante manter alguns exercícios de fluidez, com diminuição do espaço onde os adolescentes se possam mover e não haver contacto. Em relação aos aspetos relacionais é importante manter exercícios a par, onde as adolescentes se vão conhecendo na relação com o outro, com menor nível de exposição. Os exercícios de criatividade devem ser balanceados para também regular a exposição. 7 - Outros comentários Apesar de estarmos muito próximos e com bastante contacto corporal, não senti muito desconforto por parte das adolescentes, até o senti como um momento muito alegre e divertido. Na roda final, senti que esta estava a ser desconfortável, e foi importante ir rodando para a direita, para a esquerda, ir ao centro, trocar de lugar na roda e haver uma “desintegração” da mesma com aqueles rodopios em que depois tínhamos de voltar a integrar na roda.		
8 – Registo do seu próprio processo (o que se passou consigo? Incluindo ideias, memórias, sentimentos que emergiram antes, durante e/ou depois desta sessão de grupo) Hoje foi a primeira sessão de dança com adolescentes! Senti um nervoso miudinho antes da sessão iniciar, mas logo depois de ter iniciado, senti-me bastante à vontade. Ao longo da sessão, adaptei algumas dinâmicas, pela resposta do grupo e assim fui introduzindo algo novo, como no caminhar inicial, na fluidez, na roda final, e senti espontaneidade e capacidade de adaptação o que foi muito gratificante para mim. Também me senti algumas vezes naquele limbo do: “O que faço agora?”, mediante a resposta do grupo aos exercícios. No entanto, senti-me muito confortável durante a sessão. Senti que todos os elementos aderiram muito bem aos exercícios, apesar do desconforto que algumas partilharam que sentiram no final. Foi muito gratificante observar os sorrisos, os risos, e também alguma leveza de algumas adolescentes na realização de algumas propostas.		

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DANÇA

Data: 30/10/14	Sessão nº: 2	Duração da Sessão: 1h30min
1 - Equipamentos/Músicas usados Colunas de som, computador. Músicas: Queixo da cobra, Filá, Here comes the hotstepper – Ini Kamoze, Albedo – Vangelis, The piano, Feeling - Morris Albert, Siliciano, Canta, canta minha gente - Caetano Veloso		
2 - Objetivos/Temas predominantes a) Propostos pelo orientador Quem sou eu? Quem és tu? – O Eu e o Outro b) Propostos pelo grupo		
3 - O que aconteceu globalmente (incluindo a estrutura usada, respostas e dinâmicas de grupo)? O exercício da roda em que cada uma dizia o seu nome com um gesto expressivo resultou muito bem e surpreendeu-me pelo à vontade da maioria. O exercício do 1,2,3,4 também resultou muito bem pelo seu carácter lúdico com imprevisibilidade. No final da sessão, senti menos desconforto na roda, por parte dos participantes, em que no mesmo tempo da música, não foi necessário introduzir muitas dinâmicas. Como senti o grupo mais à-vontade, na roda final, acabei por introduzir a consigna - para que cada uma, individualmente, conforme sentisse, atravessasse a roda para um outro lugar (em vez de ser todos juntos em grupo) - o que também, cada uma, realizou ao seu ritmo.		
4 - Alguma mudança notada? A adesão do grupo às propostas aumentou imenso e senti uma grande diferença no à-vontade das adolescentes que caminhavam mais descontraidamente pela sala e sorriam mais abertamente, aderindo com menos resistência às propostas.		
5 - Algumas expressões específicas? a) Verbais b) Não-verbais Expressões verbais e não-verbais de satisfação na realização dos exercícios e durante a partilha final, com a devolução de ter sido mais fácil ao nível do contacto físico e da exposição		
6 - Avaliação (incluindo aspetos relacionais, objetivos atingidos, futuros objetivos para a próxima sessão) Como propostas para as próximas sessões, penso que começar com a roda de apresentações com um maior grau de profundidade resultaria muito bem com: a apresentação do seu nome e de uma qualidade sua; dizer uma palavra acerca de como se sente hoje na roda, a apresentação do nome da companheira do lado e de uma qualidade dela... Também me surgiu a ideia de no caminhar introduzir a dinâmica com uma folha de papel colado nas costas onde se escreveriam as qualidades dessa pessoa.		
7 - Outros comentários		
8 – Registo do seu próprio processo (o que se passou consigo? Incluindo ideias, memórias, sentimentos que emergiram antes, durante e/ou depois desta sessão de grupo) Eu senti-me menos ansiosa antes de facilitar a sessão do que na semana passada. Senti-me mais fluida e menos expectante.		

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DANÇA

Data: 20/11/14	Sessão nº: 3	Duração da Sessão: 1h30min
1 - Equipamentos/Músicas usados Colunas de som, computador. Músicas: Village People, Tub Thumbing, Let's Twist, Mika - Grace Kelly, Jing capoeira, Endeagerous species, Antartica, Marooned - Pink Floyd, Uri-Noa, The sad chief, Carmen, Grupo belga-árabe, The days of dancing		
2 - Objetivos/Temas predominantes a) Propostos pelo orientador Criatividade e confiança b) Propostos pelo grupo		
3 - O que aconteceu globalmente (incluindo a estrutura usada, respostas e dinâmicas de grupo)? Em geral, as propostas tiveram muito boa adesão por parte de todas as adolescentes, desde o aquecimento à roda final. O caminhar com variações rítmicas (desde o muito rápido, lento, normal e deitar no chão), foi muito divertido e todos os participantes aderiram muito bem. A seguir foi proposto um lúdico chamado "Banda", em que mediante a música, cada uma tocava um instrumento musical (bateria, guitarra, trompete, piano...ou era o vocalista ou um coreógrafo), andando pela sala. Este exercício teve muito boa adesão. Neste exercício senti necessário, dar a consigna para trocarmos de instrumento, pois não era natural fazerem-no, mesmo tendo reforçado no início do exercício para irem trocando. Este aspeto já era por mim esperado e tinha este facto em conta. Este exercício também serviu de preparação para o próximo exercício da linha de criatividade: Jogo do sério com trocas. Dividimo-nos em dois grupos, frente a frente, e de um lado estavam os "Sérios" que tentavam não rir e do outro lado, os outros que faziam gestos e movimentos, frente-a-frente, para tentar pôr o "Sério" a rir. Este era um dos exercícios chave da sessão. O exercício que se seguiu foi o da capoeira, que serviu de preparação para o de oposição rítmica, que acabou também por ter grande aderência, tendo sido bastante divertido. A seguir foi o exercício da "linha", em cima do banco. Ao princípio houveram algumas quedas do banco e senti algum desconforto à grande proximidade física, no entanto foi facilmente superado, tanto que pelo meio do exercício, não se deram mais quedas até ao final. Foi o exercício mais demorado, com 7 minutos. Por termos começado com uns 15 minutos de atraso, acabei por retirar o exercício de dança com extensão máxima e passei imediatamente para a dança do anjo guia em pares. Foi muito gratificante ver a entrega que houve em ser guiado e também o cuidado em guiar. Por um lado, senti que quem estava a ser guiado estava confortável, até porque algumas iam a uma "velocidade" considerável e permitiam-se, e do outro lado de guiar, um cuidado imenso, com os obstáculos e os outros adolescentes da sala e houve até, criatividade nos movimentos, com rodopios, variação de trajetos, zig-zags... Posteriormente fizemos a respiração abdominal, deitados no chão, com a luz apagada e o levantar. Seguiu-se a "rede afetiva". Este exercício teve a duração de 5 minutos, um tempo ainda considerável, tendo em conta o tamanho do grupo e mesmo assim, não se tornou desconfortável, foi muito suave, fluido e captou a essência da vivência. Ainda estávamos de luz apagada, o que senti que ajudou imenso à fase regressiva da sessão. Finalmente foi proposta uma roda final em que havia um plano A - roda final de euritmia e plano B - roda final de celebração, que seria escolhida mediante a adesão à proposta anterior. Como correu muito bem, optei pela roda de euritmia, de forma a dentro da unidade e individualidade de cada um, encontrarmos um movimento de grupo, uma identidade enquanto grupo, facilitando e induzindo a vivência do instinto gregário, de união ao semelhante. Tinha algumas dúvidas em relação a esta proposta no sentido de não saber se iríamos conseguir encontrar um ritmo comum, no entanto foi bastante fácil. Aliás, nessa altura, fui ligar novamente a luz, tendo já a música a tocar e quando cheguei novamente à roda, já tinham encontrado um movimento comum, ao ritmo da música! Foi muito bonito visualizar isso! Nesta roda também foi proposto mudar de lugar individualmente, numa primeira fase e também aqui houve iniciativa muito mais imediata de mudança..		
4 - Alguma mudança notada? Postura corporal mais descontraída e confortável, fâcies mais expressivos, com expressões verbais e não-verbais mais espontâneas.		
5 - Algumas expressões específicas? a) Verbais . b) Não-verbais Muitos sorrisos e risos. Expressão verbal de terem gostado da sessão e de não terem sentido desconforto à proximidade física e contacto corporal.		

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

6 - Avaliação (incluindo aspetos relacionais, objetivos atingidos, futuros objetivos para a próxima sessão)

Para a próxima sessão, considero importante manter ambas as luzes apagada na fase regressiva da sessão, (e não apenas uma) pois proporcionou uma maior à-vontade e entrega à vivência, de acordo com os objetivos dos exercícios que nesta fase são propostos.

7 - Outros comentários

8 – Registo do seu próprio processo (o que se passou consigo? Incluindo ideias, memórias, sentimentos que emergiram antes, durante e/ou depois desta sessão de grupo)

Hoje a sessão de movimento correu muito bem. Senti-me muito bem a dinamizar a sessão. Por vezes, sentia algum desconforto entre os exercícios, por não receber feedback não-verbal ou verbal, no entanto esta é uma questão minha que também aqui a identifiquei, à semelhança de uma outra reflexão acerca do feedback. Também porque estou hipervigilante, para optar por outros planos se for necessário, durante a sessão. Penso que a partilha poderia ter sido muito mais rica e profunda. Acho que com o treino e com a aprendizagem que estou a fazer vou melhorar imenso. O que me deixa mais expectante é o dizer alguma coisa menos bem ou ser apanhada de surpresa com alguma temática para a qual não saiba o que devolver e ficar meio atrapalhada. Também não sei se elas ainda têm à vontade para partilhar comigo. Duas adolescentes estiveram muito à vontade na partilha e foram as que partilharam mais. Foi imensamente gratificante ouvir uma delas a partilhar mais, mesmo começando pelo seu “não sei” habitual! Outra adolescente que até vai partilhando bastante, hoje partilhou menos.

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DANÇA

Data: 15-01-15	Sessão nº: 4	Duração da Sessão: 1h30min
1 - Equipamentos/Músicas usados Colunas de som, computador. Músicas: Happy - Pharrell Williams, Hot Lunch Jam - Irene Cara, Pra Tirar Coco - Messias Holanda, Alagamar – Sivuca, Dark Horse, Hero-chad Spiderman, Thai Chi, Missing, Apo Stigmi Se Stigmi		
2 - Objetivos/Temas predominantes a) Propostos pelo orientador Confiança e Afetividade b) Propostos pelo grupo		
3 - O que aconteceu globalmente (incluindo a estrutura usada, respostas e dinâmicas de grupo)? Em relação à sessão em si, sinto que esteve muito bem adaptada às adolescentes e apesar de mais progressiva nalguns pontos em relação às sessões anteriores, senti que a sessão esteve suficientemente acolhedora para quem chegou de novo, ou quem fez a sessão de dança pela primeira vez. Creio que as adolescentes que chegaram de novo também estavam de certa forma receptivas a esta nova abordagem, o que acabou por facilitar. O Jogo do Divergente senti que ficou bem adaptado na estrutura da sessão e na fase em que ficou dinamizado. É um Jogo de autoconhecimento e conhecimento mútuo, que acabou por trazer mais interação e dinâmica a dois. Também trouxe ao grupo muita diversão. Seguidamente o Agarra a Oportunidade e o Jogo do Não me Toques também tiveram bastante adesão, trazendo a espontaneidade, o lúdico, o criativo e a integração motora. A Coordenação a dois, frente a frente com deslocamento lateral pelo túnel de aplausos e qualificação era um dos exercícios-chave da sessão. Estava um pouco expectante para sentir a condição do grupo para este exercício e fiquei surpreendida pela espontaneidade até de algumas adolescentes ao percorrerem o túnel. O protagonismo era o ponto forte desta proposta, com o aumento da exposição ao grupo e a facilitação de, por um lado, se sentir qualificado e, por outro, na facilitação da capacidade de qualificar o outro: com aplausos e com a presença manifesta quando o par passava. Neste exercício tive o cuidado de o deslocamento ser lateral, para que o par estivesse a olhar um para o outro, deslocando o centro da atenção para si mesmo enquanto par e desfocando o olhar do grupo, com a consequente diminuição do impacto de se sentir tão exposto. A seguir a este exercício havia a proposta do Desafio de Bandas que acabei por retirar porque estávamos com três pessoas a iniciar as Sessões de movimento e senti que seria melhor passar à frente. Este exercício vinha no seguimento da proposta da sessão anterior dinamizada com este grupo que era a Banda. A Extensão máxima também senti que decorreu bem, no entanto ainda requer maior apropriação de movimentos criativos e outras categorias de movimentos. O Dar Movimento ao Companheiro era outro exercício-chave da sessão. Durante esta proposta senti algumas adolescentes muito tensas, e outras mais relaxadas e a desfrutar tanto de movimentar como de ser movimentada. Como grandes objetivos desta proposta estavam o contacto com o outro e a confiança. O tocar e o deixar-se ser tocado. O controlar e o deixar-se ser levado. Após a execução desta proposta por ambos os grupos, propus uma Dança de Eutonia de Mãos a dois, que me fez todo o sentido neste seguimento, como forma de integrar a sintonia, a coordenação e a fluidez com o outro. Para lá de “controlar” e “deixar-se levar” numas e outras situações, pode haver um espaço intermédio, de construção e criação conjunta, de ajuda mútua, de confiança em estar em relação sem que um ou outro predomine notoriamente na interação, mas que se unam para se adaptarem e criarem em conjunto. Pelas expressões faciais da maioria senti um grande conforto, bem-estar e relaxamento. Seguidamente houve a Respiração Abdominal. Não coloquei toda a música de forma a ter menor duração, pelo medo de ser muito incisa nesta fase, que poderia ter sido maior, com maiores proveitos tirados pelo grupo.		
4 – Alguma mudança notada? Postura corporal mais descontraída e confortável, fâcies mais expressivos, com expressões verbais e não-verbais mais espontâneas.		
5 - Algumas expressões específicas? a) Verbais . b) Não-verbais A partilha informal deixou-me surpreendida pelo feedback positivo em relação à sessão, até porque três das adolescentes ainda não tinham realizado Movimento e uma delas, estreante no grupo.		

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

6 - Avaliação (incluindo aspetos relacionais, objetivos atingidos, futuros objetivos para a próxima sessão)

Para a próxima sessão, no seguimento desta, sinto ser importante manter a temática da Confiança e afetividade, elaborando propostas progressivas e que impliquem um leve desafio para os participantes.

7 - Outros comentários

8 – Registo do seu próprio processo (o que se passou consigo? Incluindo ideias, memórias, sentimentos que emergiram antes, durante e/ou depois desta sessão de grupo)

Em relação à minha prestação enquanto dinamizadora, procurei clarificar melhor as propostas, ainda utilizei alguns termos que gostaria de não ter utilizado. À medida que as sessões têm avançado, também tenho tentado dar protagonismo individual a cada uma das adolescentes ao pedir para me ajudarem a demonstrar as propostas. Recordo-me de uma adolescente ter ficado meio surpresa e algo envergonhada, tal como outra, mas sinto que de forma não muito invasiva esta dinâmica se realize na medida em que pode reforçar a autoconfiança e a autoestima. Em relação a mim própria em relação sinto-me mais espontânea, solta e fluida. Sinto que estou mais apta para uma escuta ativa. Sinto que consigo gerir melhor os processos de identificação com o Outro e de identificar as minhas próprias reações emocionais nessa relação. No fundo, sinto que sinto mais, na medida em tomo mais consciência destes fenómenos em mim mesma: o que me deixa constrangida, envergonhada, frustrada, inibida, ou por outro, com um sentimento de gratificação imenso. Sinto que me tenho conhecido neste processo de forma muito profunda onde tenho detetado fundamentalmente fragilidades e potencialidades. Neste sentido, tenho conseguido centrar-me mais em mim mesma, definir objetivos mais específicos para mim em termos de desenvolvimento e sinto por outro lado, que tenho uma noção mais real e clara de mim mesma, como se melhor me visse ao espelho... Como se gradualmente o Outro me trouxesse mais notícias de mim, porque eu me encontro mais disponível, permeável e consciente para que tal aconteça. Sinto que me tenho aceite mais a mim mesma tal como sou e que a minha relação comigo mesma se tem apaziguado. Sinto que estou mais íntima de mim mesma, o que me facilita a relação mais íntima com o Outro. Sinto-me mais congruente e autêntica e isso devolve-me um sentido de paz em que deixo de guerrear contra mim mesma e me deixo Ser, tal como sou... E deixo o outro Ser, tal como é... ensaiando uma dinâmica de aceitação, respeito, de ajuda, de ambiente de escuta sem tantos ruídos internos. É maravilhoso sentir e presenciar, observando-me a mim mesma, que é nesse aceitar que a mudança tem a grande oportunidade para que de facto ocorra.

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DANÇA

Data: 29/01/15	Sessão nº: 5	Duração da Sessão: 1h30min
1 - Equipamentos/Músicas usados Colunas de som, computador. Músicas: YMCA - Village People, Grace Kelly, Follow the leader - Los morenos, Pandeiro, A morte da capoeira, Oluwa, The first time, Angel innocence, Apo Stigmi Se Stigmi, Morning Moon, Asya - K'Koustic		
2 - Objetivos/Temas predominantes a) Propostos pelo orientador Confiança e Afetividade b) Propostos pelo grupo		
3 - O que aconteceu globalmente (incluindo a estrutura usada, respostas e dinâmicas de grupo)? O exercício da roda em que cada uma dizia o seu nome com um gesto expressivo resultou muito bem e surpreendeu-me pelo à vontade da maioria. O exercício do 1,2,3,4 também resultou muito bem pelo seu carácter lúdico com imprevisibilidade. No final da sessão, senti menos desconforto na roda, em que no mesmo tempo da música, não foi necessário introduzir muitas dinâmicas. Como senti assim o grupo mais à-vontade naquele momento acabei por introduzir a consigna de cada uma, individualmente, conforme sentisse, atravessar a roda para um outro lugar da mesma (em vez de ser em grupo) que também, cada uma, ao seu ritmo realizou.		
4 - Alguma mudança notada? A adesão do grupo às propostas aumentou imenso e senti uma grande diferença no à-vontade das adolescentes que caminhavam mais descontraidamente pela sala e sorriam mais abertamente, aderindo com menos resistência às propostas.		
5 - Algumas expressões específicas? a) Verbais . b) Não-verbais Expressões verbais e não-verbais de satisfação na realização dos exercícios e durante a partilha informal, com a devolução de ter sido mais fácil ao nível do contacto físico e da exposição		
6 - Avaliação (incluindo aspetos relacionais, objetivos atingidos, futuros objetivos para a próxima sessão) Como propostas para as próximas sessões, penso que começar com a roda de apresentações com um maior grau de profundidade resultaria muito bem com: a apresentação do seu nome e de uma qualidade sua; dizer uma palavra acerca de como se sente hoje na roda, a apresentação do nome da companheira do lado e de uma qualidade dela... Também me surgiu a ideia de no caminhar introduzir a dinâmica com uma folha de papel colado nas costas onde se escreveriam as qualidades dessa pessoa.		
7 - Outros comentários		
8 – Registo do seu próprio processo (o que se passou consigo? Incluindo ideias, memórias, sentimentos que emergiram antes, durante e/ou depois desta sessão de grupo) Nesta sessão senti-me mais fluida e menos expectante.		

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DANÇA

Data: 12/02/15	Sessão nº: 6	Duração da Sessão: 1h30min
1 - Equipamentos/Músicas usados Colunas de som, computador. Músicas: YMCA, Village People, Grace Kelly, Pra tirar coco, Ini Kamoze, Night Fight, A morte da capoeira, Hero Chad, Indiana Jones – Theme Song, Claire de Lune – Debussy, Blue Lotus, Morning Moon, Asya, K'Koustic		
2 - Objetivos/Temas predominantes a) Propostos pelo orientador Os Animais b) Propostos pelo grupo		
3 - O que aconteceu globalmente (incluindo a estrutura usada, respostas e dinâmicas de grupo)? O Jogar sozinho, em pares e todos juntos e posteriormente representando o animal escolhido gerou bastante envolvimento por parte de todas as adolescentes. Sinto que a improvisação esteve bastante presente durante este exercício, com muita criatividade. Senti com isto que, com o molde duma dinâmica pré-definido, o próprio grupo, com a sua própria dinâmica também vai indicando o caminho a seguir e neste exercício senti esse fluir, criando-se realmente aqui e agora, em relação. O Agarrar a oportunidade, escrevendo as características do animal correspondente a cada um também sinto que correu muito bem, com bastante interação e dinâmica. O Luta e Fuga, inicialmente estabelecido com dois grupos, rapidamente se modificou para um só grupo, o que também deixei seguir, pois também acabou por resultar melhor. A escultura de encaixe, à semelhança da semana anterior, correu muito bem, com bastante criatividade e inovação. Na preparação para a viagem, muito incidente sobre objetos, poderá ser proposta (como falado) com outros significados e conteúdos. Neste momento também deu para perceber que objeto cada uma levava que tinha mais a ver com as telecomunicações e a importância que isso tem na vida de cada uma. O caminhar na floresta senti que correu bastante bem, com algumas improvisações (estava um pouco na dúvida em relação a esta proposta por se recorrer à história na sequência das consignas, que se faz mais com crianças; com alguma adaptação penso que será adequado recorrer pontualmente a este método). O saltar, o nadar de um lado ao outro do rio, passar pela ponte, escalada e rastejar na gruta tiveram bastante aderência. O pintar a cara, as mãos e a roupa no acampamento trouxe mais dificuldades, revelado tanto na sessão como nas partilhas.		
4 - Alguma mudança notada? Na roda inicial de apresentação senti que muitas adolescentes, desde o início das sessões estão mais autoconfiantes.		
5 - Algumas expressões específicas? a) Verbais . b) Não-verbais		
6 - Avaliação (incluindo aspetos relacionais, objetivos atingidos, futuros objetivos para a próxima sessão) Durante a sessão de movimento, foi interessante constatar que as adolescentes gostaram da temática dos animais, sendo que poderão continuar as propostas neste sentido.		
7 - Outros comentários		
8 – Registo do seu próprio processo (o que se passou consigo? Incluindo ideias, memórias, sentimentos que emergiram antes, durante e/ou depois desta sessão de grupo) Hoje foi a última sessão deste grupo. Senti-me muito gratificada pelo meu percurso até aqui. Sinto que desenvolvi muitas competências e foi prazeroso sentir que apesar do desconforto que foi muitas vezes sentido na execução das atividades pelos participantes, isso contribuiu de alguma forma nos seus próprios processos terapêuticos.		

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

**Avaliação da sessão de Dança em Adolescentes Classificados com
Doença Mental - Grupo 2B**

(Payne, 1997, trad. e adaptado por Graça Duarte Santos, 1999)

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DANÇA

Data: 24/10/2014	Sessão nº: 1	Duração da Sessão: 1h30min
1 - Equipamentos/Músicas usados Colunas de som, computador. Músicas: Riberãozinha, Toda a menina baiana, La Poubelle Cuisine - Betty Blue, Reggae Night - Jimmy Cliff, Boi da lua, Dance of the Blessed Spirits - Gluck - Orfeo ed Euridice, Isn't a Pity - George Harrison, Voarás – Paulinho Pedra Azul, Agradecer e abraçar - Maria Betthânia		
2 - Objetivos/Temas predominantes a) Propostos pelo orientador Quem sou eu – Autoapresentação b) Propostos pelo grupo		
3 - O que aconteceu globalmente (incluindo a estrutura usada, respostas e dinâmicas de grupo)? Senti o grupo muito fechado e com pouca disponibilidade para realizar as dinâmicas que eram propostas. Como maiores dificuldades, surgiu o exercício do espelho, a fluidez e a roda final. Na fluidez, senti que a abertura de braços foi mesmo difícil ou chegou mesmo a não acontecer em alguns participantes, mesmo mediante as consignas objetivas que eram dadas para mergulhar, vir à superfície ou abrir os braços ao sol. Os exercícios em que o grupo aderiu com mais receptividade e conforto foram o jogo de palmas e o dar e receber a flor, em que mais tarde as partilhas que os adolescentes fizeram também revelaram isso.		
4 - Alguma mudança notada?		
5 - Algumas expressões específicas? a) Verbais Nas partilhas, senti que o tema da exposição e da vergonha foram os mais notórios. O sentir-se observado, o fazer algo ridículo, o não saber o que fazer para o outro imitar. Alguns dos adolescentes referiram que não se sentiram tão incomodados pelo toque/contacto. b) Não-verbais Desconforto, alguns risos e postura divertida.		
6 - Avaliação (incluindo aspetos relacionais, objetivos atingidos, futuros objetivos para a próxima sessão) Mediante o desconforto que foi notório na maioria dos participante, nalguns exercícios, será necessário avançar com as sessões com uma maior progressividade.		
7 - Outros comentários		
8 – Registo do seu próprio processo (o que se passou consigo? Incluindo ideias, memórias, sentimentos que emergiram antes, durante e/ou depois desta sessão de grupo) Por vezes senti-me bastante desconfortável, por sentir o grande desconforto que alguns exercícios despoletaram nos participantes. Fui-me adaptando ao longo da sessão, suavizando as consignas e rompendo um pouco a estrutura da sessão, de forma a tornar-se mais fluída.		

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DANÇA

Data: 07/11/2014	Sessão nº: 2	Duração da Sessão: 1h30min
1 - Equipamentos/Músicas usados Colunas de som, computador. Músicas: Queixo da cobra, Filá, Here comes the hotstepper – Ini Kamoze, Albedo – Vangelis, The piano, Feeling - Morris Albert, Siliciano, Canta, canta minha gente - Caetano Veloso		
2 - Objetivos/Temas predominantes a) Propostos pelo orientador Quem sou eu? Quem és tu? – O Eu e o Outro b) Propostos pelo grupo		
3 - O que aconteceu globalmente (incluindo a estrutura usada, respostas e dinâmicas de grupo)? Senti o grupo muito desconfortável com as propostas de movimento, com uma grande resistência na sua realização. Como maiores dificuldades senti o medo da exposição. Há um grande receio, de se sentir olhado e talvez julgado ou remeter ao ridículo. O exercício que remeteu para maior dificuldade foi o da fluidez em grupo sem contacto, pela concentração de todos num espaço reduzido.		
4 - Alguma mudança notada? Houve uma progressão nos adolescentes que fizeram a sessão anterior, principalmente no jogo de seguir o líder. Esta progressão foi verbalizada pelos adolescentes que estavam na sessão anterior.		
5 - Algumas expressões específicas? a) Verbais Existiram muitas verbalizações, por parte dos adolescentes, de que não gostariam de fazer a sessão de movimento, antes do seu início, pela exposição e desconforto que sentiram na sessão anterior. Durante a sessão, surgiram muitas verbalizações de que não gostavam de fazer as propostas e muitos questionamentos para saberem se já seria a última proposta. O contacto corporal não foi verbalizado como a principal dificuldade que surgiu durante a sessão. b) Não-verbais Como expressões não-verbais de fâcias de desconforto. Também surgiram risos, sorrisos, sinais de divertimento e alegria, para além do desconforto e resistência à realização das propostas.		
6 - Avaliação (incluindo aspetos relacionais, objetivos atingidos, futuros objetivos para a próxima sessão) Após a partilha surgiu-me o pensamento de que este grupo, pelas suas características e contexto, poderia beneficiar de uma abordagem mista, em que, em vez de ser dinamizada uma sessão completa de movimento, beneficiasse de uma parte inicial com movimento e uma parte intermédia e final com outro tipo de dinâmica como a expressão plástica, jogos de reflexão e outros. Seria bom para, por um lado, consolidar o grupo, dar tempo para a integração e consolidação de alguns aspetos, tendo assim a sessão de movimento propriamente dita, uma duração menor ou ser dinamizada apenas com alguns exercícios. Seria mais progressivo e menos invasivo e talvez assim, se pudesse remeter para uma maior adesão, a médio prazo. Também seria bom para eles ganharem mais confiança e intimidade entre eles.		
7 - Outros comentários Talvez por este grupo ainda não estar muito consolidado, com pessoas novas a entrar, que ainda não se conhecem e que ainda se conhecem pouco, se esteja também a sentir mais este desconforto. Senti muita inibição e rigidez por parte de alguns adolescentes, que também senti que acaba, por vezes, por se contagiar ao grupo. Também senti a falta de um adolescente, que não compareceu à sessão, e que provavelmente teria tido um papel fundamental nas dinâmicas do grupo, por ser mais alegre e divertido e aderir muito bem às propostas.		
8 – Registo do seu próprio processo (o que se passou consigo? Incluindo ideias, memórias, sentimentos que emergiram antes, durante e/ou depois desta sessão de grupo) Senti-me também eu muitas vezes incomodada e desconfortável perante o desconforto dos adolescentes e senti que fiz um esforço muito maior para expor as propostas e dinamizar o grupo. A sessão que estava planeada acabou por ser mais curta, pela necessidade em retirar alguns exercícios e diminuir outros.		

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DANÇA

Data: 07-11-14	Sessão nº: 3	Duração da Sessão: 1h30min
1 - Equipamentos/Músicas usados Colunas de som, computador. Músicas: Village People, Tub Thumbing, Let's Twist, Mika - Grace Kelly, Jing capoeira, Endeagerous species, Antartica, Marooned - Pink Floyd, Uri-Noa, The sad chief, Carmen, Grupo belga-árabe, The days of dancing		
2 - Objetivos/Temas predominantes a) Propostos pelo orientador Criatividade e confiança b) Propostos pelo grupo		
3 - O que aconteceu globalmente (incluindo a estrutura usada, respostas e dinâmicas de grupo)? Na sessão de movimento de hoje senti maior adesão às propostas, principalmente por dois participantes que quase não aderiam às propostas. Os exercícios chave propostos: O caminhar com variações rítmicas resultou bem, com imprevisibilidade gerou uma onda de bem-estar e diversão no grupo. Com o exercício da Banda, eu estava um pouco expectante (não sei se achariam este exercício um pouco infantil, apesar de ser proposto em contexto de Adultos), mas afinal todos aderiram e foram fazendo os movimentos de tocar o instrumento e trocaram várias vezes, na sua maioria. Estes exercícios, para além dos seus objetivos específicos, (criatividade, integração e coordenação motora) serviam de suporte aos que se seguiriam. O Jogo do Sério, na Linha da Criatividade, pensaria que fosse verbalizado no final da sessão como um dos com maior dificuldade. Apesar de não o ter sido verbalizado, a maioria dos adolescentes teve alguma dificuldade em realizar expressões faciais e expressões corporais, com variações diferentes, em que levassem o outro a rir. Apesar disso, senti o grupo, de uma forma geral menos estranho perante este tipo de propostas. A Linha, com uma proposta de maior contacto, na linha da afetividade, acabou por resultar bem. Com menos quedas no final do exercício, todos foram arranjando maneira de cooperar, através da sincronização de movimentos, do contacto e ajuda mútua. A Dança do Anjo Guia correu bem, apesar da dificuldade ou de guiar ou de ser guiado, conforme verbalizado no final da sessão, todos realizaram ambas as situações. Na Capoeira, os adolescentes tinham mais dificuldade em ampliar os movimentos dos braços e pernas.		
4 - Alguma mudança notada? Senti o grupo bastante coeso, com interações fortes entre todos, grande nível de intimidade. O grupo encontra-se mais fluido e menos resistente em termos gerais.		
5 - Algumas expressões específicas? a) Verbais “Não consigo” “Afinal Consigo” “É giro” b) Não-verbais Fácies desconforto; Riso, Postura alegre.		
6 - Avaliação (incluindo aspetos relacionais, objetivos atingidos, futuros objetivos para a próxima sessão) O tema desta sessão deve ser mantido para a próxima sessão. O grupo necessita de muita motivação para a realização das propostas, pelo sair de cada um da sua zona de conforto. Neste aspeto encontra-se já evidente que a persistência e o acompanhamento e motivação constante começa a ser à notório pelo à-vontade crescente que se vai sentindo no grupo.		
7 - Outros comentários		

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

8 – Registo do seu próprio processo (o que se passou consigo? Incluindo ideias, memórias, sentimentos que emergiram antes, durante e/ou depois desta sessão de grupo)

Em relação a mim própria na dinamização, surge-me por vezes alguma dificuldade na explicação dos exercícios ou, por outro, algumas palavras que achei que não estavam bem adaptadas a esta população, como “cada pessoa”, “com a pessoa”. Acho que estaria melhor: “cada um”, “com o colega”. Também utilizei alguns termos específicos que seria melhor serem adaptados na verbalização das propostas. Em relação às dinâmicas propriamente ditas, senti-me à-vontade, coloquei-me numa postura de apoio, facilitação, dinamização e motivação, sem, por outro lado, impor a realização. A dificuldade de cada um e os seus tempos devem ser respeitados. Em relação ao tempo de cada proposta, adaptei algumas (umas tiveram maior duração do que o previsto, outras menos). Senti que os adolescentes nalgumas propostas estavam ansiosos por terminar, principalmente na Capoeira e na Dança do Anjo Guia. Tive algum controle na duração da sessão, houve um exercício de Extensão máxima que não foi realizado. A proposta de Roda para esta fase do grupo também acho que é demasiada. Na interação com os adolescentes durante a sessão não senti dificuldades. Na partilha informal apercebi-me que tenho facilidade na clarificação e sinto mais dificuldade em dar feedback.

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DANÇA

Data: 23/01/2015	Sessão nº: 4	Duração da Sessão: 1h30min
1 - Equipamentos/Músicas usados Colunas de som, computador. Músicas: Happy - Pharrell Williams, Hot Lunch Jam - Irene Cara, Pra Tirar Coco - Messias Holanda, Alagamar – Sivuca, Dark Horse, Hero-chad Spiderman, Thai Chi, Missing, Apo Stigmi Se Stigmi		
2 - Objetivos/Temas predominantes a) Propostos pelo orientador Confiança e Afetividade b) Propostos pelo grupo		
3 - O que aconteceu globalmente (incluindo a estrutura usada, respostas e dinâmicas de grupo)? O aquecimento correu muito bem, com muita dinâmica e diversão. Posteriormente a apresentação do nome de cada um em roda e dizer a cor dos olhos de quem estava à direita também correu bem, não obstante, dois adolescentes ficaram um pouco desconfortáveis inicialmente. Seguidamente fizemos o Caminhar com variações rítmicas que também foi muito divertido e após o Jogo do Divergente. Seguimos com o Agarra a Oportunidade (Agora ou Nunca), onde também houve muita receptividade por parte do grupo. Uma participante, neste exercício, estava muito à vontade e apressava-se em agarrar, com muita espontaneidade e imediatismo, revelando uma grande melhoria face ao início das sessões. O passar pelo túnel, em pares, com deslocamento lateral, gerou alguma vergonha e inibição, mas tal não foi impeditivo de todos o realizarem. Quem estava a aplaudir também estava muito presente e entrosado. O exercício de extensão máxima foi muito bem recebido. Poderá ser incluído em mais sessões por ser um exercício ponte que faz a ligação entre a parte mais ativa e regressiva da aula e favorece muito o contacto e a criatividade. De seguida Dar movimento ao companheiro, que trouxe um sair da zona de conforto mais exacerbado especialmente para dois participantes, que não sabiam o que fazer, e optaram por não realizarem o exercício, por lhes causar bastante desconforto.		
4 - Alguma mudança notada? Houveram alguns participantes que apresentaram uma maior expressividade e espontaneidade.		
5 - Algumas expressões específicas? a) Verbais É assim que se faz? É assim que fico? É isto? b) Não-verbais		
6 - Avaliação (incluindo aspetos relacionais, objetivos atingidos, futuros objetivos para a próxima sessão) Apesar do desconforto nalguns exercícios, é necessário, para se ir mais além, passar a zona de conforto. Não obstante os limites de cada um são sempre respeitados, dando-se sempre liberdade para cada um realizar ou não os exercícios propostos.		
7 - Outros comentários		
8 – Registo do seu próprio processo (o que se passou consigo? Incluindo ideias, memórias, sentimentos que emergiram antes, durante e/ou depois desta sessão de grupo)		

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DANÇA

Data: 06/02/15	Sessão nº: 5	Duração da Sessão: 1h30min
Ausentes:		
1 - Equipamentos/Músicas usados Colunas de som, computador. Músicas: YMCA - Village People, Grace Kelly, Follow the leader - Los morenos, Pandeiro, A morte da capoeira, Oluwa, The first time, Angel innocence, Apo Stigmi Se Stigmi, Morning Moon, Asya - K'Koustic		
2 - Objetivos/Temas predominantes c) Propostos pelo orientador Quem sou eu? Quem és tu? Confiança e Afetividade a) Propostos pelo grupo		
3 - O que aconteceu globalmente (incluindo a estrutura usada, respostas e dinâmicas de grupo)? O Jogo de "O que tu queres" correu bem e permitiu que cada um entrasse em contacto com aquilo que queria e o que deseja, permitindo um maior autoconhecimento, assim como proporcionou o conhecimento do outro. Em relação à Escultura, houve alguma renitência, com alguma dificuldade à criatividade e em encaixar no outro. O Pêndulo para alguns resultou muito bem, tanto no sentido de dar suporte como confiar e deixar-se ir, principalmente para dois adolescentes que estavam muito serenos e a desfrutar do exercício. Para um adolescente foi mais difícil no sentido de confiar, no entanto, para dar suporte revelou-se muito adaptado. O exercício na linha da afetividade: pintar a cara dos companheiros e chuva também foi muito bem acolhido.		
4 - Alguma mudança notada? Na sessão de hoje os participantes estiveram mais entrosados nas dinâmicas.		
5 - Algumas expressões específicas? a) Verbais . b) Não-verbais		
6 - Avaliação (incluindo aspetos relacionais, objetivos atingidos, futuros objetivos para a próxima sessão) As sessões têm permitido um maior autoconhecimento por parte de cada um, em relação a aspetos muito específicos. Na linha da criatividade houve um grande avanço no deixar-se libertar, criar movimentos diferentes, encontrando novas formas de expressão e sair do formatado e pré-estabelecido e simplesmente brincar, gerando bom humor. Quanto à próxima sessão com este grupo talvez escolha exercícios que já realizamos para permitir um maior à vontade e integração e também pensei em perguntar-lhes o que querem fazer, de um conjunto de exercícios pré-selecionados, assim como as músicas que gostariam de ter presentes na sessão. Penso que assim, também se possam sentir mais envolvidos nas dinâmicas e na sessão em si, possibilitando um maior entrosamento.		
7 - Outros comentários		
8 – Registo do seu próprio processo (o que se passou consigo? Incluindo ideias, memórias, sentimentos que emergiram antes, durante e/ou depois desta sessão de grupo)		

**APÊNCIDE X – Diário de Aprendizagem - Do autoconhecimento à
dinâmica da relação terapêutica individual**

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

Do autoconhecimento à dinâmica da relação terapêutica individual

Os enfermeiros especialistas são maduros na arte reflexiva, possuem um maior autoconhecimento e desenvolvimento pessoal. Em muitos contextos, o papel do enfermeiro especialista é um papel complementar (mais do que substituir outros prestadores de cuidados), fazendo a ponte na prestação de cuidados, colmatando lacunas, expandindo as opções e apoiando uma mudança para cuidados baseados no bem-estar.

De forma a realizar a prática reflexiva, apoio-me no ciclo de Gibbs's². Este ciclo funciona de forma contínua e circular, constituindo a metodologia principal do presente trabalho.

De acordo com Benner³ (2001, p. 14) “ensinar a reflexão permite aos enfermeiros clínicos que identifiquem as preocupações que organizam a história; que identifiquem as noções do que é correto que estão presentes na história; que identifiquem as competências relacionais, comunicacionais e de colaboração; e que estabeleçam novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico”. Refere ainda que “a prática é mais do que uma colecção de técnicas. O domínio de um conjunto especializado de aspectos da prática não qualifica necessariamente o profissional para ser reconhecido como perito”.

A experiência e o domínio vão sendo adquiridos ao longo do tempo de trabalho, transformando a competência, levando esta mudança a uma melhoria nas atuações.

Os autores que serão abordados para desenvolver este Diário de Aprendizagem, focado no autoconhecimento e na relação terapêutica são Jacques Chalifour, Dominique Rispail, Hélène Lazure, Carl Rogers, Mary Townsend, Margot Phaneuf.

Segundo Chalifour (2008), quanto mais elevados o conhecimento e consciência-de-si e do cliente, mais este será capaz de fazer escolhas e de adotar comportamentos suscetíveis de favorecer o seu crescimento e autorrealização. A importância do

² O ciclo reflexivo de Gibbs's baseia-se, segundo Jasper (2003) na descrição (o que aconteceu?), nos sentimentos (o que pensou e sentiu?), na avaliação (o que foi bom e foi mau?), na análise (que sentido pode encontrar na situação?), na conclusão (que mais poderia ter feito?), em planear a acção (se isso acontecer de novo, o que irá fazer?) e na descrição.

³ Benner (2001) identifica cinco níveis de competência na prática clínica de enfermagem, baseado no modelo de Dreyfus: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Salienta também o conceito de consciência preceptiva como elemento central de um bom raciocínio de enfermagem. Este tipo de consciência começa por leves intuições e avaliações globais que escapam, no início, à análise crítica sendo que, na maior parte das vezes, a clareza conceptual segue-o em vez de o preceder. Benner menciona que na prática, se ignora o papel da percepção nos atos profissionais.

desenvolvimento do autoconhecimento encontra-se evidenciada por vários autores, sendo uma competência necessária ao Enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (OE, 2010).

O Autoconhecimento adquire foco essencial no âmbito do estabelecimento da relação terapêutica, onde o interveniente deve prestar atenção às suas principais dificuldades interpessoais, de modo a avaliar o efeito destas na qualidade da relação. Assim, para além de ser detentor de um elevado conhecimento científico, o interveniente deverá possuir um bom conhecimento de si. Rispaill (2002, p.2) valida estes conceitos referindo que “o cuidador deve melhorar a compreensão que tem de si próprio, das suas crenças, dos seus hábitos, das suas aversões, dos seus receios, tomar consciência dos seus mecanismos de projecção e de defesa, a fim de adquirir uma autenticidade e um certo nível de confiança que lhe permitirão melhorar a qualidade dos cuidados que presta.” A este respeito, Lazure (1994, p. 14) adianta que “no domínio da relação de ajuda, a expressão “estar em relação” toma um sentido muito mais profundo do que na linguagem corrente. Nesta expressão, a palavra “estar” engloba não só a presença física da enfermeira junto do cliente mas também de todo o seu ser. Ela já não se limita a desempenhar um papel ou executar uma tarefa”. Lazure (1994, p.14) corrobora ainda este posicionamento, expressando que “quando a enfermeira está em relação de ajuda com o cliente, necessita ter profunda consciência do contacto com aquele que ela incita a prosseguir no crescimento pessoal e na busca de soluções, devido ao seu alto nível de empenhamento, e respeitando permanentemente o carácter único da sua personalidade”. À semelhança, Rogers (1977, p. 59) expõe este conceito, mencionando que “a capacidade de criar relações que facilitem o crescimento do outro como uma pessoa independente mede-se pelo desenvolvimento que eu próprio atingi”. Acrescenta ainda que “se estou interessado em criar relações de ajuda, tenho perante mim, para toda a minha vida, uma tarefa apaixonante que ampliará e desenvolverá as minhas potencialidades em direcção à plena maturidade”.

De acordo com Phaneuf (2002, p. 324) “esta relação desenvolve-se no decurso de uma entrevista que visa a compreensão profunda do que vive a pessoa ajudada, da sua maneira de compreender a sua situação e de perceber os meios de que dispõe para resolver os seus problemas e para evoluir como ser humano”.

A relação de ajuda tem como principais objetivos, oferecer ajuda no âmbito do problema em si e das suas consequências na vida diária da pessoa que o vivencia. Este tipo de ajuda requer uma disponibilidade intelectual e afetiva para compreender e

intervir com intencionalidade. Ao longo das intervenções, no caso de se tratar de uma relação de média e longa duração, verifica-se um progresso na relação entre o interveniente e o cliente. Neste contínuo, Chalifour definiu três fases na evolução da relação: a fase de orientação (correspondente ao início da relação, a fase de trabalho ou de emergência de identidades (momento intermediário) e a fase de conclusão (fim da relação). Townsend (2011, p. 127), por outro lado, define quatro fases de uma relação terapêutica enfermeiro-cliente: a fase de pré-interação, a fase de orientação, a fase de trabalho e a fase de término. As três últimas fases são similares às propostas por Chalifour, tendo Townsend (2011) proposto, antes da fase de orientação, a fase de pré-interacção onde há a preparação para o primeiro encontro com o cliente, com obtenção de informação disponível sobre ele, se possível, e a reflexão sobre os próprios sentimentos, medos e ansiedades, para que estes não interfiram na relação que se irá estabelecer, determinando aqui um momento em que o interveniente se encontra consigo mesmo, focando-se também na relação que se irá iniciar a seguir.

Os papéis assumidos pelo cliente e pelo interveniente ao longo da relação, também sofrem transformações, sendo que, desde os primeiros encontros, o interveniente determina o lugar que o cliente irá assumir na gestão da sua dificuldade, sendo o trajeto no sentido de uma menor para uma cada vez maior autonomia. Rogers (1977, p. 138) corrobora este posicionamento, acrescentando que, ao longo do processo terapêutico, existe “uma transformação das formas de experiência. O contínuo começa com uma fixidez na qual o indivíduo está muito afastado da sua experiência e é incapaz de extrair ou de simbolizar a sua significação implícita. Por último, o indivíduo torna-se capaz de viver livremente e de se aceitar num processo fluido de experiências”. Deste modo, para Rogers (1977, p.139) há “um sentido crescente da responsabilidade pessoal”. Em suma, à medida que as fases da relação progridem, a autonomia do cliente aumenta.

Em relação às habilidades, Chalifour identifica **três habilidades principais**: uma habilidade associada ao **contacto**, uma habilidade em **comunicar** verbal e não verbalmente e uma habilidade em **acompanhar processos**, salientando que o papel do interveniente consiste acima de tudo, em auxiliar o cliente na manifestação da sua experiência.

O **contacto** é o meio pelo qual se processa a troca de informação entre o cliente e interveniente, sendo este operacionalizado através dos cinco sentidos: visão, tato, paladar, olfato e audição. O interveniente deve estar atento à utilização dos cinco

sentidos, devendo habituar-se a utilizá-los e, por outro lado, deve estar atento à utilização dos cinco sentidos por parte do cliente, de forma a mais facilmente entrar em contacto com ele. Também Rispail (2002, p. 62) refere, em relação à comunicação, que “cada pessoa, numa relação com outras, cria um sistema complexo de comunicação. Com o seu discurso ou o seu silêncio, mas também com o seu gesto, o seu odor, as suas mímicas, os seus hábitos vestuários, que são outros tantos códigos, enigmas a resolver”.

As técnicas de comunicação na relação de ajuda profissional são agrupadas em comunicação não-verbal e a comunicação verbal. Em relação à **comunicação não-verbal**, Chalifour aborda vários tipos de comunicação como o toque, a distância, as posições físicas e o tempo, o olhar, o odor e o paladar, a escuta, o silêncio e o convite a prosseguir. Neste seguimento, Rispail (2002, p. 61-62) menciona que “a actividade ou a inactividade, a palavra ou o silêncio, tem valor de mensagem. As nossas emoções e as suas manifestações físicas falam por nós; o nosso corpo, a sua posição, os seus gestos, traduzem a nossa relação com o mundo”. Deste modo, a comunicação não-verbal, tal como a linguagem, é reveladora do nosso funcionamento psíquico, devendo ser congruente com esta. O toque constitui o protótipo dos modos de contacto, invocando o contacto físico. E portanto, como forma de contacto mais direto pode representar uma ameaça. Rispail (2002, p.18-19) refere, por outro lado, que o toque “é uma técnica privilegiada na relação com o outro”, sendo o modo de comunicação por excelência. A distância e as posições físicas desempenham um papel importante no conteúdo e qualidade das trocas entre o profissional e o cliente. Tanto mais, que a distância que o profissional escolhe manter entre si e o cliente, constitui uma ótima maneira de lhe comunicar a sua disponibilidade e a sua abertura para dialogar sobre aquilo que o preocupa. Assim, o interveniente deve ter em conta e assegurar a manutenção do contacto visual e a mesma altura sob o plano visual em relação ao cliente. O olhar constitui usualmente o primeiro sentido utilizado para estabelecer contacto, constituindo um importante modo para entrar em relação, manifestando atenção para com o cliente. Ao longo de uma entrevista, desviar olhar do cliente, informa-o de que momentaneamente está menos disponível para ele. Através do odor do cliente e do seu paladar o interveniente pode ficar a conhecê-lo melhor e compreender situações e contextos de vida, podendo também orientá-lo para a realidade daquilo que está a experienciar. A escuta é um dos meios privilegiados para entrar em contacto com o cliente, permitindo que este se sinta compreendido. Lazure (1994, p. 104) também confirma o que é referenciado por Chalifour, referindo que “todos temos necessidade de

sermos escutados porque todos somos seres de comunicação”. Acrescenta ainda, a diferença entre ouvir e escutar exprimindo que “contrariamente ao ouvir, escutar é um acto voluntário que implica a globalidade da pessoa da enfermeira em relação com a globalidade da pessoa do cliente”. Ainda à semelhança do exposto, Phaneuf (2002, p. 333) descreve que “a **escuta** é um estado de disponibilidade intelectual e afectiva da enfermeira, é a oferta, a partilha de um momento da sua vida com a pessoa ajudada”. Chalifour também aborda a escuta em termos da informação conceptual e afectiva, referindo que o interveniente deve estar atento à sua manifestação por parte do cliente, classificando a informação transmitida em termos conceptuais e afectivos. Já Lazure (1994, p. 108) classifica os vários tipos de conteúdos de linguagem verbal em conteúdo contextual, conteúdo comportamental, conteúdo afectivo e conteúdo estrutural, trazendo a dimensão do comportamento e da estrutura para este campo. O silêncio é outra técnica referenciada. Pode ser utilizado para dar ao cliente o tempo de experimentar uma emoção, de entrar em contacto com toda a informação que o seu organismo lhe transmite. Esta forma de escutar é extremamente benéfica para o cliente e para o interveniente. Rispail (2002, p. 70) corrobora a opinião de Chalifour, explicando que “o silêncio permite um processo de maturação, de elaboração, sendo necessário dar tempo ao pensamento para que ele se produza e se elabore”. Também a este respeito Lazure (1994) refere que o silêncio pode indicar a integração do que acaba de ser dito, podendo igualmente representar a intensidade da procura da resposta mais pertinente. Para que o cliente seja encorajado a prosseguir a sua intervenção durante a entrevista ou ainda para que o interveniente demonstre que o está a acompanhar e que o compreende, este pode fazer um convite a prosseguir, através do toque, um aceno de cabeça, da mão, o abaular das sobrancelhas, ou a utilização de sons ou frases curtas.

Para além das técnicas de comunicação não-verbal, o interveniente pode utilizar **técnicas de comunicação verbal**, sós ou combinadas para facilitar o desenvolvimento da entrevista e atingir os objetivos visados. As técnicas de comunicação verbal enunciadas são os reflexos, a síntese, as questões, o feedback e a revelação de si, o conselho e a informação. O reflexo consiste em o interveniente transmitir ao cliente, aquilo que ele compreendeu do que foi dito. Chalifour aborda três técnicas de reflexos: a reiteração ou reflexo simples, a reformulação ou reflexo de sentimento e a elucidação, que permitem que o cliente tenha uma mais elevada consciência-de-si. Em relação à reformulação ou reflexo de sentido, para além de ser destacado o conteúdo comunicado, é também reconhecida a vivência emotiva do cliente ajudando-o a “adquirir uma

percepção mais completa da sua experiência e a perceber a energia que ela contém” Também Rispail (2002, p. 71) confirma o posicionamento de Chalifour, definindo-o como a referenciação do “sentimento ou emoção principal do discurso e propô-lo à pessoa, sem o impor”. A síntese consiste em sobressair os elementos essenciais daquilo que é comunicado, relacionando-os uns aos outros, podendo-se centralizar sobre os conteúdos, as emoções e os processos, com o objetivo de clarificar o cliente face à sua situação e ao que expôs. As questões são as técnicas de comunicação mais utilizadas em relação de ajuda. As questões devem ser utilizadas mediante um objetivo preciso e deve ter-se em atenção que podem compelir a uma certa passividade por parte do cliente ou lhe ser concedido um carácter ameaçador. Rispail (2002, p. 71) é da mesma opinião, referindo que a interrogação é um “meio simples a conhecer, mas para utilizar com precaução, pois uma falta de habilidade em jeito de reformulação corre o risco de bloquear a situação”. Adianta ainda que “a questão está sempre mais ou menos associada à directividade e às técnicas de interrogatório”. Lazure (1994, p.120) também faz essa ressalta, salientando que “antes de fazer qualquer pergunta ao cliente, a enfermeira deve em primeiro lugar perguntar-se em que é que essa pergunta o ajudará, bem como a si própria, a perceber mais claramente o problema”. Chalifour faz referência a vários tipos de questões: aberta, fechadas, diretas, indiretas e desadequadas, devendo estas últimas, ser substituídas por afirmações, informações e opiniões. Através do feedback, o interveniente informa o cliente, acerca do que se passa nele e no seu ambiente. Para utilizar esta técnica, o interveniente deve ser capaz de reconhecer em si pensamentos, emoções e manifestações fisiológicas, que ocorrem durante as trocas com o cliente informando-o, em determinados momentos, acerca destes aspetos, contextualizando-os. Chalifour identifica três tipos de feedback: avaliativo, descritivo e experiencial. Townsend (2011, p. 141) define feedback como o meio pelo qual se “dá informação aos clientes sobre como são vistos pelos outros”. Para a aplicação do feedback, tanto Chalifour como Townsend (2011) consideram essencial que o interveniente seja o mais objetivo possível, focando-se especificamente no comportamento em vez de no cliente, abstendo-se, deste modo, de fazer juízos de valor. No que diz respeito à revelação de si, no decurso das trocas, o interveniente pode revelar-se ao cliente com a finalidade de deixá-lo mais disponível para si e para o cliente. O conselho e a informação são muitas vezes utilizados mediante a solicitação do cliente, que questiona o interveniente acerca de várias coisas, podendo constituir

informação que requeira conhecimentos científicos ou, por outro lado, a competência para ajudar o cliente a encontrar em si mesmo as respostas a certas questões.

As **estratégias relacionais** que são abordadas por Chalifour são o acolhimento, o suporte, a exploração, a busca de clarificação, o imediatismo ou atenção no momento presente e a confrontação. O acolhimento é de extrema importância enquanto estratégia relacional. Através dela, o interveniente manifesta o seu interesse pelo cliente, presta-lhe atenção e ao que ele vive, favorecendo a sua expressão e manifestação de sentimentos. O acolhimento pode manifestar-se através de olhar o cliente, de não o interromper, considerar a sua perspectiva relativamente às decisões a tomar, zelar pelo seu conforto físico e o encorajar a expressar-se, privilegiando as técnicas de comunicação verbal como o reflexo, a reformulação e a elucidação, assim como pedir para clarificar e dar exemplos. O suporte consiste em dar um apoio ao um cliente que manifesta um estado de impotência temporária ou permanente perante uma dificuldade e que não consegue resolver sem ajuda. Oferecendo suporte, o interveniente, tem como objetivos manter a esperança, diminuir receios infundados e desenvolver a coragem do cliente, transmitindo mensagens de encorajamento e segurança. A exploração é importante, principalmente durante as primeiras entrevistas ou contactos estabelecidos com o cliente, de forma a se obter mais informação com vista a conhecer melhor o cliente ou estimular o cliente a descrever. A busca de clarificação ajuda o cliente a precisar os seus pensamentos, sentimentos, emoções, proporcionando a saída de um estado mais neutro e generalista, centrando-se em aspetos mais específicos da sua vida e ajudando-o a reconhecê-los. Lazure (1994, p. 119) é da mesma opinião referindo que “só fazendo um esforço real para descrever com precisão e de forma concreta os diferentes parâmetros de uma situação problemática o indivíduo consegue compreendê-la melhor e encontrar meios para a resolver”. Para facilitar o uso da clarificação o interveniente deve evitar ser, ele próprio, vago e ambíguo no seu discurso, favorecendo que o cliente vá reformulando frases mais específicas. O interveniente deve também estimulá-lo a falar na primeira pessoa, quando o conteúdo se aplica a si próprio e estimular o cliente a expressar os seus receios e medos. O imediatismo ou atenção no momento presente é uma estratégia muito importante para a vertente humanista. Segundo esta, o encontro entre o cliente e o interveniente acontece “aqui e agora”, no momento presente, e é neste momento que a pessoa vive, se pode conhecer e ter maior consciência-de-si. Portanto é também no presente que o interveniente, mediante o que é transmitido pelo cliente, pode orientar a sua intervenção. Para a utilização do

imediatismo, o interveniente deve possuir uma consciência apurada acerca do que se passa na relação, um elevado grau de compreensão empática, de respeito e de autenticidade. Também Rispail (2002, p. 69) se refere ao aqui e agora, referindo que “uma presença manifesta aqui e agora, uma atenção baseada no conteúdo que é expresso e na linguagem das emoções, são os critérios de uma escuta eficaz e compressiva...empática”. A confrontação consiste, de forma geral, em relacionar duas coisas entre si e identificar a divergência. O objetivo visado com a confrontação é ajudar o cliente a tomar consciência de uma incoerência ou contradição, sendo posteriormente possível explorar as suas manifestações e razões. Para Lazure (1994, p. 176) a confrontação tem a finalidade “de lhe proporcionar novas perspectivas que o possam motivar a mudar de comportamento”. A mudança de comportamento, para Chalifour é posto um pouco em plano secundário, visto que para ele, não é por o cliente se dar conta da incongruência que irá necessariamente mudar o seu comportamento. Tanto Chalifour como Lazure (1994) são unânimes ao afirmarem que a confrontação é uma característica controversa e os autores que tratam da relação de ajuda não são unânimes em relação a ela. Ambos concordam que esta estratégia deve ser utilizada com cautela, pois pode ameaçar a pessoa e fazer sentir-se magoada, exigindo delicadeza e que o interveniente tenha um grau elevado de compreensão empática, de autenticidade e de respeito e que esteja já estabelecido um laço de confiança entre o cliente e o interveniente. Phaneuf (2002, p. 366) também se refere a esta estratégia, definindo-a como a “maneira de proceder na relação de ajuda que leva a pessoa ajudada, sem agressividade nem negativismo, a tomar consciência dos seus procedimentos, do ilogismo e do irrealismo dos seus dizeres ou das suas acções, ou ainda da distância que existe entre as suas palavras e o seu agir, e entre o que ela faz e os objectivos de vida que determina para si”.

Para que se possam aplicar as técnicas e estratégias descritas anteriormente, é necessário que o interveniente possua atitudes específicas na sua relação com o cliente. Chalifour agrupou-as em compreensão empática, respeito caloroso, autenticidade, compaixão e esperança. À sua semelhança, Rogers (1997, p. 146) refere que “na relação com as pessoas, a minha preocupação era criar um clima onde se respirasse muita segurança, calor, compreensão por empatia, na medida em que eu o pudesse criar com toda a sinceridade”. Similarmente, Phaneuf (2002, p. 323) refere que “as qualidades humanas, as manifestações de autenticidade, de respeito e de compreensão tornam-se um modelo de clareza e de simplicidade calorosa para a pessoa ajudada”. Phaneuf

(2002) identifica como principais atitudes ou habilidades próprias da relação de ajuda, a aceitação, o respeito, a empatia, a autenticidade, a congruência, a confrontação, o imediatismo, a transferência, a revelação de si, o humor e a comunicação da esperança. Assim, contrariamente a Chalifour engloba a confrontação, o imediatismo e a revelação de si como atitudes, enquanto Chalifour, as engloba como estratégias relacionais. Neste seguimento, Townsend (2011), aborda ainda o conceito de rapport, referindo que este consiste em sentimentos baseados na aceitação, calor, simpatia, interesses comuns, sentimento de confiança e uma atitude não-crítica. Para Chalifour a compreensão empática situa-se no plano conceptual e no plano afetivo, para que o interveniente compreenda o conteúdo comunicado pelo cliente e também o que ele sente e vive. Para além disso, é ainda necessário que o interveniente comunique ao cliente o que compreendeu. A compreensão empática tenta apreender os dados como a própria pessoa, permitindo que o cliente se sinta realmente compreendido. Similarmente Lazure (1994, p.160) confirma esta definição, mencionando que “a empatia tem como finalidade última compreender o cliente e manifestar-lhe essa compreensão”. O respeito caloroso é entendido como uma atitude em que o interveniente reconhece a pessoa como única e com capacidade de fazer escolhas. Portanto, o cliente é reconhecido como o agente principal em que o interveniente lhe oferece ajuda no sentido a que encontre em si mesmo, gradualmente, as respostas às questões que se coloca. Lazure (1994, p.133) é da mesma opinião expondo que “orientar toda a nossa acção em relação ao cliente, não ter medo de lhe exigir aquilo que pode dar ou ainda ajudá-lo a criar, de forma realista, as suas próprias exigências é respeitar o cliente”. Acrescenta ainda que “uma outra forma que a enfermeira tem de manifestar activamente respeito é disponibilizar-se para o cliente e pondo à sua disposição todos os seus recursos”. Ainda reforça a capacidade de fazer escolhas que Chalifour expõe, declarando que o cliente tem em si mesmo os recursos para chegar a ser aquilo que ele pode ser e para resolver, por si mesmo, a sua dificuldade. A autenticidade demonstra ao cliente que o interveniente é genuíno e digno de confiança. Lazure (1994, p. 145) refere-se à autenticidade como a capacidade de ser congruente consigo próprio e com o cliente. Relata que “a enfermeira congruente sente-se confortável consigo própria, vive em harmonia com as suas emoções, com as suas ideias e com os comportamentos a elas inerentes”. Similarmente Phaneuf (2002, p. 359) refere que a autenticidade consiste na “capacidade da pessoa que ajuda de permanecer sinceramente ela própria no decurso da relação com a pessoa ajudada” e que “esta capacidade é essencial ao estabelecimento do

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

clima de confiança e de simplicidade necessária à criação de uma sã aliança terapêutica”. Através da compaixão o interveniente partilha dos sentimentos do cliente, vendo o outro em si e fazendo eco ao sentimento da pessoa que sofre, mantendo a distância necessária para não se deixar identificar. Por último, é referida a esperança, como a crença em que as intervenções terão os resultados esperados, que se assume de crucial importância no processo terapêutico. Para Phaneuf (2002, p. 384) a comunicação da esperança consiste na “transmissão verbal, da enfermeira à pessoa ajudada, de um sentimento de expectativa confiante a respeito do efeito do tratamento, a respeito do estado da pessoa ajudada e a respeito do futuro”. Esta atitude vai permitir reforçar as expectativas positivas por parte do cliente, ajudando a desmontar as crenças infundadas.

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

APÊNCIDE XI – Diário de Aprendizagem – A Intervenção em Grupo

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

A Intervenção em Grupo

Segundo Townsend (2011, p.169) existem várias condições físicas que influenciam a dinâmica de grupos como o posicionamento em sala, o tamanho, associação (grupo aberto ou fechado).

Posicionamento em sala

No que diz respeito ao posicionamento em sala, neste deverá ser facilitada a disposição em círculo. Também de acordo com Manes (2011, p.12), a disposição dos participantes deverá ser feita em círculo, de modo a que “todos possam ver e ser vistos por todos.”

Segundo Manes (2011, p.11) “o local dos encontros deve ser tranquilo e reservado.” A sala deve oferecer características como: ser acolhedora, suficientemente grande, sem oferecer condições para a dispersão. (Manes, 2011, p.12)

A Composição do Grupo

Manes (2011), sugere que a composição do grupo deve ser equilibrada e representativa, sugerindo um equilíbrio entre a homogeneidade e a heterogeneidade das características dos sujeitos, tendo em conta factores como: o sexo, a idade, o quociente intelectual, e as características da personalidade de cada sujeito.

Quanto ao número de participantes Manes (2011, p. 10), sugere que o grupo seja formado “por oito a dez pessoas, no máximo quinze, divididas, possivelmente de maneira igual, entre homens e mulheres. A este número de participantes juntam-se o animador e um eventual observador.”

Não obstante, o autor refere uma exceção, no que diz respeito ao trabalho de grupo no âmbito hospitalar, nas comunidades terapêuticas ou outros, “já que são grupos que nascem em situações particulares e que, portanto, devem dar resposta a exigências específicas.” (Manes, 2011, p. 10).

Townsend (2011, p.169) refere que “estudos demonstram que uma composição de 7 a 8 membros cria um clima favorável para a interação e desenvolvimento de relações ideais entre o grupo.” Esta autora refere ainda que “quanto maior for o grupo, menos tempo fica disponível para cada membro” (Townsend, 2011, p.169). No entanto,

também evidencia que “os grupos maiores dão mais oportunidades aos indivíduos de aprender com os outros membros do grupo.” (Townsend, 2011, p.169).

Associação (grupo aberto ou fechado)

“O facto do grupo ser aberto ou fechado é outra condição que influencia a dinâmica do processo de grupo.” (Townsend, 2011, p.169).

Os grupos abertos, pela entrada e saída contínua de membros pode favorecer desconforto. Os grupos fechados têm normalmente um período de tempo fixo pré-determinado. Segundo Townsend (2011, p.170), “os grupos fechados são frequentemente compostos por indivíduos com questões em comum ou com problemas que desejam abordar.”

Frequência, duração e local dos encontros

De uma maneira geral para Manes (2011, p.11), “para os grupos que não possuem características de trabalho intensivo, um encontro por semana pode considerar-se suficiente.”

A duração da sessão segundo Manes (2011), pode variar entre uma hora e meia e duas horas.

A Função do Animador

Segundo Townsend (2011, p.173), “liderar grupos terapêuticos está dentro do domínio da prática de enfermagem.”

Segundo Manes (2011,p.10), a tarefa do animador será “a de facilitar os processos individuais e os processos de grupo de modo a favorecer a sua harmonização”. Para tal, nas dinâmicas de grupo é importante ter presente as exigências do indivíduo e as exigências do grupo, pois sendo, o indivíduo e o grupo duas entidades autónomas, o tempo de evolução e amadurecimento do grupo, não coincide necessariamente com o ritmo de mudança das pessoas que o compõem.

De acordo com Wiertsema (2006), a função do animador passa pela seleção dos jogos, a forma de apresentação e condução dos mesmos e a sua explicação no seio do grupo. Para tal, o animador deverá capacitar-se das seguintes qualidades: entusiasmo, empatia, atitude construtiva, capacidade de iniciativa e organização do espaço.

Fritzen (2011) expõe que

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

“ao animador do grupo cabe esclarecer as situações, levar as pessoas a interiorizar seus problemas, provocar uma sincera reflexão, despertar a solidariedade grupal e ainda criar um ambiente de compreensão e de aceitação mútua, de autêntica fraternidade e de acolhida, para que cada qual, sustentado psicologicamente, encontre resposta positiva às suas inclinações naturais de segurança, de reconhecimento, de aceitação e de valorização pessoal”.

Segundo Manes (2011, p.8) “é necessário avaliar atentamente o momento adequado para propor um determinado jogo: há jogos que são adequados para a fase inicial e outros mais indicados para a fase conclusiva do trabalho de grupo.”

Segundo Lima (2005, p.49), “aliada à formação, era necessário o animador possuir uma boa compreensão de si mesmo (motivações, mecanismos de defesa, para não interferirem com os problemas interpessoais dos membros do grupo”.

O animador deve promover uma “atmosfera de confiança, que suscite uma diminuição da ansiedade, uma interdependência cada vez maior nos seus membros e uma progressiva abertura aos demais.” (Lima, 2005, p. 50). “Para promover a confiança mútua, ele deve actuar de forma espontânea e não defensiva, sem ter medo de revelar os seus sentimentos”, tornando-se um verdadeiro modelo de autenticidade (Lima, 2005, p.50)

A utilização adequada de técnicas de dinamização grupal:

“Para se utilizarem alguns exercícios de dinâmica de grupos, é necessário que o líder, além de ter conhecimentos sobre o funcionamento do grupo, já tenha ele mesmo vivenciado exercícios semelhantes e tenha consciência das dificuldades que a técnica possa criar.” (Lima, 2005, p. 51).

“As técnicas têm de ser usadas com cuidado, sendo o seu único objectivo melhorar o desempenho dos membros do grupo, podendo ser caracterizadas como não instrumentalizados, por usarem apenas o próprio corpo ou a palavra, ou instrumentalizadas, quando recorrem a artefactos tais como imagens, fantoches, etc.” (Lima, 2005, p. 52)

A terapia de grupo tem sido utilizada em variados *settings*, como enfermarias de hospitais psiquiátricos, na comunidade, em ambulatório e em consultórios privados (Bloch & Aveline, 1999).

A intervenção com grupos e os seus benefícios são de longa data reconhecidos, nomeadamente na prática religiosa. Joseph Pratt (1974) é considerado o pai da terapia de grupo, ao ter trabalhado com pacientes em grupo com tuberculose.

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

Segundo Bloch & Aveline (1999, p. 103) “as indicações para terapia de grupo dependem em grande medida do tipo de tratamento oferecido”. Segundo os autores os problemas que podem ser alvo de trabalho em intervenção de grupo podem ser de ordem interpessoal (como dificuldades em iniciar e manter relacionamentos), emocional (falta de consciência dos sentimentos em si e nos outros ou incapacidade de expressar sentimentos), ao nível do autoconceito (identidade difusa, baixa autoestima, falta de objetivos ou direção).

Segundo Bloch & Aveline (1999, p. 107), antes da intervenção de grupo, o terapeuta deve realizar um acordo informal com o paciente, de preferência de forma escrita, que irá integrar do grupo, inteirando-o dos seus objetivos, e processo, a importância da confidencialidade, assiduidade e pontualidade.

**APÊNCIDE XII – Plano de Cuidados direcionado a uma utente com
deficiência intelectual**

PLANO DE CUIDADOS DIRECIONADO A UMA UTENTE COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

1. DADOS PESSOAIS

- **Dados Biográficos**

Nome: C. Sexo: Feminino Data de Nascimento: X/X/1963 Data de Amissão: X/X/1984
Nacionalidade: Portuguesa Naturalidade: Lisboa Estado Civil: Solteira

2. HISTÓRIA DE SAÚDE

- **História dos antecedentes de saúde pessoais**

C. tem como diagnósticos deficiência intelectual moderada e epilepsia. Apresenta períodos de humor irado com hostilidade e comportamentos heteroagressivos para com algumas utentes da Unidade 15 e profissionais de saúde. Da história pregressa à data de admissão - 1984 (tinha 21 anos), sabe-se que apresenta convulsões desde a infância; nunca trabalhou, tendo frequentado a escola primária e concluído a primeira classe com pouco aproveitamento; apresenta menstruações regulares; realizou laqueação de trompas em 1982; era assistida regularmente na consulta de neurologia.

A utente refere que teve uma infância feliz. Não se encontram relatadas complicações durante a gravidez e parto. Segundo a mesma, o ambiente domiciliário e atmosfera familiar era agradável e harmoniosa. Estudou até à primeira classe com pouco aproveitamento.

O motivo de internamento na CSI deveu-se a dificuldades em cuidar da utente em casa, devido à idade avançada do pai e da madrastra. Os irmãos não conseguiam ficar com ela, por motivos profissionais.

À entrada para a CSI, C. foi internada na Unidade do Sagrado Coração de Jesus, onde permaneceu até 2008. Nessa altura, apresentava comportamentos infantilizados, alternando períodos em que se encontra calma e outros em que se encontra verborreica.

Em 2008, aquando da reestruturação da CSI, teve critérios para ficar a residir na Residência do Sol – residência assistida de deficiência intelectual, onde não se constatam episódios de doença relevantes.

Em 2011 começou a apresentar alterações no padrão de marcha (instável), com alto risco de queda e alterações do comportamento, principalmente com heteroagressividade, pelo que em

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

Novembro de 2011 foi transferida para a unidade 15. A transferência também se deveu a uma queda que a utente apresentou nas escadas de acesso à Residência, da qual resultou ferida incisa na região parietal direita que requereu união de bordos na urgência do Hospital Fernando da Fonseca. Nessa altura foi observada pelo neurologista da CSI e realizou tomografia axial computadorizada tendo-lhe sido diagnosticado quadro degenerativo com atrofia cerebelosa progressiva, pelo que ficou definitivamente internada na unidade 15.

- **História Familiar e Pessoal**

É a terceira filha de uma fratria de três irmãos. Mãe já falecida, à data da admissão da utente na CSI, com 48 anos de idade, por carcinoma renal. Nunca trabalhou. O pai tinha 67 anos à data da admissão da utente na CSI; dado a depressões. Era coronel no exército. Voltou a casar-se depois da morte da esposa, estando já casado quando a utente foi internada na CSI. C. refere ter gostado muito da sua madrastra, que era doméstica e a tratava como uma filha. O pai faleceu posteriormente ao seu internamento na CSI por pneumonia.

Atualmente o tutor da utente é o irmão J., sendo que em termos familiares, este irmão e a sua cunhada L. são as pessoas com quem a utente tem maior ligação afetiva e é com eles que vai passar alguns fins-de-semana a casa e as épocas festivas. O irmão R. já havia referido à equipa, desde a admissão na unidade 15, que tem grandes dificuldades para vir visitar a C. e levá-la a casa, não tendo estabelecido ao longo dos anos uma forte ligação afetiva. A C. gosta dos sobrinhos, no entanto refere não ter tanta ligação afetiva com eles como tem com o mano J. e a cunhada L.

A utente apresenta uma relação forte e compensadora com o grupo de música, e com o grupo da catequese, dos quais se ocupa semanalmente. Em relação à unidade 15, refere que continua a não gostar de lá estar e que preferia voltar para a Residência do Sol. Em relação à maioria das utentes da unidade, refere que não gosta delas, que a irritam e chateiam e fazem muito barulho, constituindo relações stressantes para ela. Estabelece uma relação forte com duas utentes da unidade, com quem geralmente se faz acompanhar e faz algumas atividades.

A sua religião é católica praticante e gosta de frequentar a catequese. Sempre que possível, vai à missa, acompanhada da voluntária da unidade e faz pequenos passeios dentro da CSI, acompanhada. Faz desenhos, pinta e faz cópias com muito agrado.

Refere que teve um namorado, quando andava na escola e conta que gostavam muito um do outro. Neste momento, diz que não gostava de ter namorado, porque diz que “são chatos” (SIC).

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

- **Avaliação das necessidades de saúde**

C. é independente nas AVD's com supervisão e orientação. Alimenta-se de dieta mole, por ter dificuldades na mastigação, por falta de dentição. A 10/2013 teve alteração da dieta para mole hipolipídica por hipercolesterolemia. Cumpre esquema terapêutico sem renitência. Não gere a sua terapêutica. Apresenta pele íntegra e hidratada. Gosta de fazer penteados com ganchos e elásticos. Geralmente escolhe a roupa com que se quer vestir. Gosta de roupa colorida e sapatilhas. Padrão de sono e repouso sem alterações: deita-se geralmente pelas 21h e levanta-se pelas 7h, dormindo toda a noite. Por vezes faz repouso pós-prandial. Padrão de eliminação sem alterações. Usa fralda cueca de proteção à noite.

Exames laboratoriais – 10/ 2013:

- Colesterol total – 202 ;
- Ácido valpróico – 73,7

Exames complementares de diagnóstico:

- Mamografia 09/2013 – Sem alterações

Sinais vitais

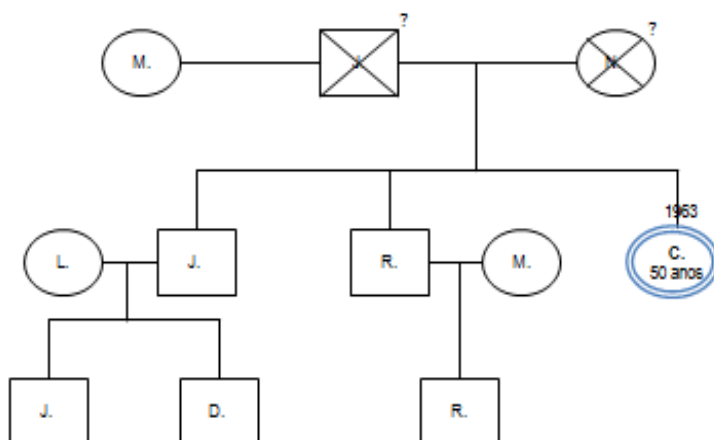
- TA= 124/65 mmhg; FC= 81 batimentos por minuto
- Glicémia capilar = 96mg/dl
- Peso = 67,5kg (apresenta IMC = 27,5, correspondente a excesso de peso)

- **Exame do Estado Mental**

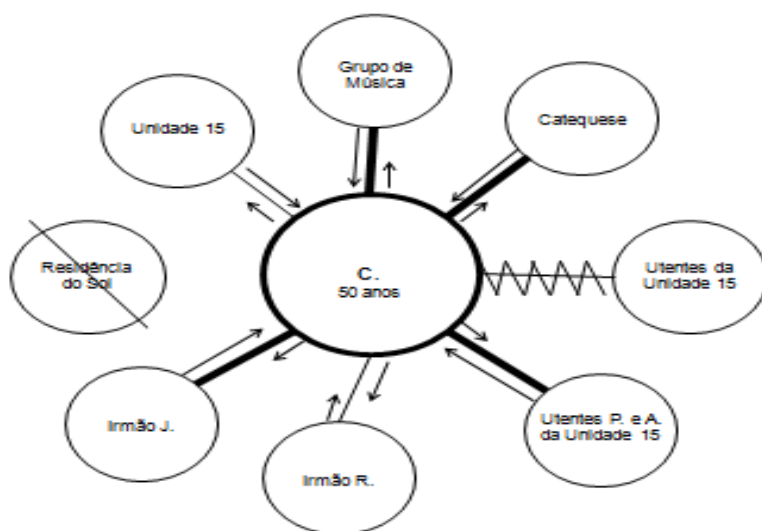
Idade aparente coincidente com a idade real. Atitude amigável, estabelecendo contacto visual. Comunicativa. Apresenta pensamento circunstancial com perseveração; velocidade normal. Humor eutímico que oscila por períodos com humor irado; afeto adequado. Consegue estar atenta por períodos. Sensoriopercepção sem alterações. Orientada no espaço, alopsiquicamente e autopsiquicamente. Desorientada em relação ao tempo. Mantém memória sensorial, imediata, recente e remota para alguns acontecimentos. Apresenta Deficiência Intelectual. Sem juízo crítico e insight. Apresenta períodos de heteroagressividade e hostilidade. Comportamentos infantilizados. Verborreia por períodos, coincidente com os períodos de humor irado. Funções Psicobiológicas sem alterações.

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

Genograma



Ecomapa



Medicação atual

Valproato de sódio 500mg 1+0+1;

Lamotrigina 100mg 1+0+0;

Clobazam 10mg 1+1+1;

Quetiapina 50mg 1+0+1;

Sabril 500mg 2+0+2;

Diazepam 1 fórmula per os em SOS

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Interação Social Prejudicada		
Definição: Quantidade insuficiente ou excessiva ou qualidade ineficaz de troca social		
RESULTADO (NOC)	Intervenções (NIC)	Atividades
Habilidades de Interação Social Definição: Comportamentos pessoais que promovem relacionamentos eficazes	Melhora da socialização (5100)	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar melhoria do envolvimento em relações já criadas • Promover o compartilhamento de problemas comuns com os outros • Ajudar o paciente a aumentar a percepção dos pontos fortes e das limitações ao comunicar-se com os outros • Solicitar e esperar a comunicação não verbal • Dar feedback positivo quando o paciente procurar os outros • Investigar elementos positivos e elementos negativos da atual rede de relacionamentos
	Redução da ansiedade (5820)	<ul style="list-style-type: none"> • Usar uma abordagem calma e tranquilizadora • Esclarecer expectativas de acordo com o comportamento do paciente • Tentar compreender a perspectiva do paciente em relação à situação temida • Encorajar atividades não competitivas, conforme apropriado • Reforçar comportamentos, conforme apropriado • Criar uma atmosfera que facilite a confiança • Encorajar a expressão de sentimentos, percepções e medos • Ajudar o paciente a identificar situações que precipitem a ansiedade • Orientar o paciente sobre o uso de técnicas de relaxamento • Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade
	Terapia de Grupo (5450)	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar a finalidade do grupo e a natureza do processo de grupo • Formar um grupo com tamanho ideal: cinco a 12 membros • Realizar sessões com uma a duas horas, conforme apropriado • Usar a técnica da “ativação aqui e agora” para mudar o foco do geral para o pessoal, do abstrato para o específico • Encorajar os membros a partilharem entre si coisas em comum

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

		<ul style="list-style-type: none">• Encorajar os membros a partilharem entre si a raiva, a tristeza, o humor, a desconfiança e outros sentimentos• Oferecer reforço social para comportamentos/reações desejadas• Auxiliar os membros a oferecer feedback recíproco, para que desenvolvam percepções do próprio comportamento
--	--	---

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Deambulação Prejudicada		
Definição: Limitação à movimentação independente, a pé, pelo ambiente		
RESULTADO (NOC)	Intervenções (NIC)	Atividades
<p>Equilíbrio</p> <p>Definição: Capacidade para manter o equilíbrio do corpo</p> <p>Movimento Coordenado</p> <p>Definição: Capacidade dos músculos para trabalhar em conjunto e de forma voluntária para o movimento pretendido</p>	Terapia com Exercícios: Equilíbrio	<ul style="list-style-type: none"> • Propiciar um ambiente seguro para a prática de exercícios • Estimular programas de exercícios de baixa intensidade, com oportunidades para partilhar sensações • Auxiliar o paciente a colocar-se de pé, com os olhos fechados, por breves períodos e a intervalos regulares, para estimular a propriocepção • Monitorar a resposta do paciente aos exercícios de equilíbrio
	Terapia com Exercícios: Mobilidade Articular	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar exercícios ativos de amplitude de movimentos, conforme um programa regular e planejado • Auxiliar em movimentos rítmicos e regulares das articulações, nos limites da dor, resistência e mobilidade articulares
	Terapia com Exercícios: Controle Muscular	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar a prontidão do paciente para envolvimento em protocolo de atividade ou exercício • Vestir o paciente com roupas folgadas • Ajudar a manter o tronco e/ou a estabilidade das articulações proximais durante a atividade motora • Dar reforço positivo aos esforços do paciente na atividade física e nos exercícios
	Promoção do Exercício: Alongamento	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar para, lentamente, estender os músculos/articulações a um ponto de alongamento total (ou desconforto razoável) e manter a posição por tempo marcado e, lentamente, relaxar os músculos tensionados • Monitorar a tolerância ao exercício (por exemplo, presença de sintomas como falta de ar, pulso rápido, palidez, dor de cabeça e dor ou edema muscular/articular) durante os exercícios

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Nutrição Desequilibrada: Mais do que as necessidades Corporais		
Definição: Ingestão de nutrientes que excede as necessidades metabólicas		
RESULTADO (NOC)	Intervenções (NIC)	Atividades
Controle do Peso Definição: Ações pessoais para atingir e manter um excelente peso corporal	Assistência para Reduzir o Peso (1280)	<ul style="list-style-type: none">• Determinar o desejo e a motivação individual para reduzir o peso ou a gordura corporal• Estabelecer um plano realista com o paciente, incluindo ingestão reduzida de alimentos e aumento do gasto de energia
	Promoção do Exercício (0200)	<ul style="list-style-type: none">• Auxiliar a pessoa a agendar períodos regulares para o programa de exercícios na rotina semanal• Fazer exercícios com uma pessoa, conforme apropriado

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Risco de Violência Direcionada a Outros		
Definição: Estar em risco de apresentar comportamentos nos quais o indivíduo demonstra que pode ser física, emocional e/ou sexualmente nocivo a outros		
RESULTADO (NOC)	Intervenções (NIC)	Atividades
Autocontrole da Agressividade Definição: Autocontenção de comportamento agressivo, combativo ou destrutivo em relação aos outros	Assistência no Controle da Raiva (4640)	<ul style="list-style-type: none"> • Usar uma abordagem calma e tanquiizadora • Limitar o acesso a situações frustrantes até que o paciente consiga expressar raiva de maneira adequada • Prevenir lesão física caso a raiva esteja direcionada a si ou a outros • Encorajar a colaboração para resolver problemas • Oferecer medicamentos, conforme apropriado • Auxiliar o paciente a identificar a fonte da raiva • Orientar sobre o uso de medidas para acalmar (p.ex. intervalos e respirações profundas)
	Arteterapia (4330)	<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer materiais para arte adequados ao nível de desenvolvimento e metas da terapia • Discutir com o paciente a descrição do desenho ou criação artística • Oferecer uma superfície lisa e plana para desenhar • Despender tempo com o paciente durante o uso do meio artístico • Registrar os comentários verbais feitos pelo paciente durante a arteterapia • Usar desenhos da figura humana para determinar o autoconceito do paciente
	Técnica para acalmar (5880)	<ul style="list-style-type: none"> • Manter contato visual com o paciente • Proporcionar momento de pausa no quarto, conforme apropriado • Manter atitudes calmas e firmes • Sentar e conversar com o paciente • Encorajar respiração profunda, lenta e intencional • Facilitar a manifestação da raiva, de forma construtiva, pelo paciente • Usar atividades lúdicas, conforme apropriado

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Risco de Quedas		
Definição: Suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico		
RESULTADO (NOC)	Intervenções (NIC)	Atividades
Comportamento de Prevenção de Quedas Definição: Ações do Indivíduo ou do Cuidador para minimizar fatores de risco que podem precipitar quedas no ambiente pessoal	Controle do ambiente: Segurança (6486)	<ul style="list-style-type: none">• Identificar as necessidades de segurança do paciente com base no nível de capacidade física e cognitiva e no histórico comportamental anterior• Remover os riscos do ambiente, quando possível• Educar indivíduos e grupos de alto risco sobre perigos ambientais
	Prevenção contra quedas (6490)	<ul style="list-style-type: none">• Identificar fatores e comportamentos que afetem o risco de quedas• Identificar características ambientais capazes de aumentar o potencial de quedas (p.ex chão escorregadio e escadas sem proteção)• Solicitar ao paciente sua percepção do equilíbrio conforme apropriado• Orientar o paciente a chamar ajuda para movimentar-se, conforme apropriado

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

**APÊNCIDE XIII – Plano de Cuidados direcionado ao Grupo de
Adolescentes**

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

**PLANO DE CUIDADOS DIRECIONADO AO GRUPO DE
ADOLESCENTES**

1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DADOS PESSOAIS DAS ADOLESCENTES

Nome	A.	S.	C.	I.
Idade	16	17	15	16
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Nacionalidade	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa
Escolaridade	12ºano ensino normal – artes	10ºano ensino normal artes	8ºano	8º ano
Retenções	Nenhuma	Duas	Uma	Duas

2. HISTÓRIAS DE SAÚDE DAS ADOLESCENTES

História de saúde da adolescente A.

Adolescente do sexo feminino, com 16 anos de idade, natural de Lisboa e residente em Lisboa. Frequenta o 12º ano de artes. Foi encaminhada ao hospital de dia da Clínica da Juventude pela psicóloga da Escola, por problemas de socialização, em que a queixa principal consistia no isolamento social. A A. vive com os pais. É filha única e pediu para ser filha única “porque não quer partilhar as coisas”.

A A. sempre foi muito boa aluna. Não gosta de conviver, de falar com amigos ou sair de casa. Esteve com a avó materna até aos 5 anos e ingressou no pré-escolar sem problemas de adaptação, assim como na primária, no entanto sempre foi muito calada. No 7º/8º teve um namorado mas a relação não correu muito bem. Segundo a mãe da A. ele era muito possessivo e acabou sem explicação. Segundo a mãe esta situação afetou muito a Patrícia, tendo pedido apoio psicológico na escola. Foi acompanhada pela psicóloga da escola de Março a Junho de 2012, sem que surtíssem qualquer alteração.

A A. afirma que tem problemas em relacionar-se com os outros desde que entrou na primária. Não se identificava com ninguém da escola, especialmente com as raparigas. Tem uma melhor amiga vizinha há cerca de 10 anos, mas de outra escola, com quem costuma falar de jogos, das situações da escola, e de outras culturas. Entretanto a amiga começou a namorar e deixaram de estar juntas tantas vezes. Não tem qualquer atividade. Ao fim-de-semana está

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

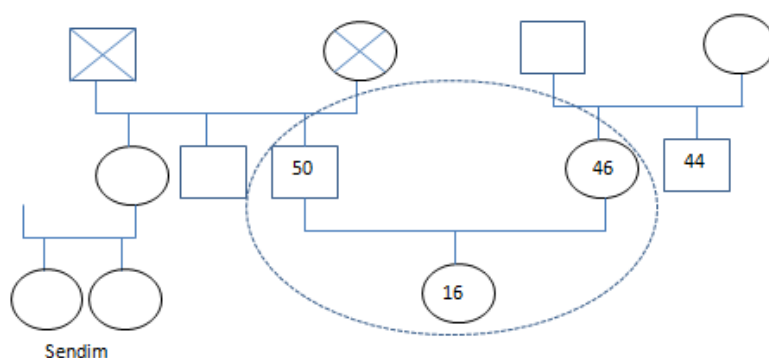
sempre em casa: “não gosta de sair”, joga online com pessoas de vários países, com quem também fala no skype e no chat dos jogos. Costuma ir almoçar a casa dos avós maternos nos fins-de-semana, mas não sai de casa e leva o computador. Gosta de ler banda desenhada japonesa, gosta de falar no skype com as pessoas dos jogos, gosta de fazer crepes (sempre sozinha).

Dorme bem mas às vezes demora a adormecer. Às vezes fica a ler até às 4h mas consegue levantar-se bem para ir para a escola. Deita-se normalmente às 0h. Quando chega a casa da escola faz o trabalho de casa, vai jogar, janta e vai jogar novamente.

Disponível para a interação familiar, ambivalente relativamente à relação com o pai. Na interação familiar manifesta-se bastante irritável e, por vezes, irascível no diálogo com o pai. Não consegue perceber o discurso do pai, sentindo-o como uma ameaça ou um ataque. Emocionou-se quando confrontada com o facto de que o pai se preocupa e gosta dela.

A A. mantém evolução muito positiva no grupo terapêutico, maior permeabilidade à relação com o outro, menos centrada na tarefa, maior preocupação em estar com o outro. Maior abertura à relação, procura conhecer o outro e deixar-se conhecer. Grande sensibilidade e empatia para com as dificuldades do outro. Apresenta-se bastante adequada e investida nas atividades desenvolvidas pelo grupo. Apresenta alguma dificuldade na organização dos seus horários. Investe muito tempo nas relações virtuais.

Genograma



Medicação atual

Inderal sos

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

Exame do estado mental

Adolescente com idade aparente inferior à idade real, cabelo comprido, pouco investida no vestuário, mas com higiene mantida. Sem alterações ao nível da psicomotricidade. Com bom contacto. Orientada nos quatro eixos. Discurso fluente, coerente e organizado, por vezes infantilizado/imaturo. Sem alterações da forma, conteúdo ou outras alterações do pensamento e sem alterações sensório percetivos. Com boas capacidades cognitivas. Humor eutímico. Sem alterações ao nível da atenção e concentração. Memória mantida. Com juízo crítico e insight.

História de saúde da adolescente S.

Adolescente de 17 anos, sexo feminino, encaminhada pela psicóloga do centro de saúde por dificuldades de interação com os pares, falta de interesse pela escola, com baixo rendimento escolar (teve retenção no 8º e no 9º ano), humor deprimido, relação conflituosa com a mãe e a irmã. Foi seguida durante dois anos em psicologia no centro de saúde, em regime quinzenal, ao que foi encaminhada pela psicóloga para a clínica da juventude por provavelmente beneficiar de uma intervenção de grupo e familiar.

A mãe refere que desde os 6-7 anos a S. se dispersa com facilidade, é envergonhada e tímida, apresentando alguma ansiedade e desinteresse pelos estudos. A S. vive com a mãe e com a irmã mais velha, que neste momento ingressou na licenciatura de turismo na escola de hotelaria do Estoril. Os pais estão separados desde 2010. O pai mantém relação com a S. e com a irmã, ficando em casa do pai todos os fins-de-semana. É mais próxima em termos de relação com a mãe. Com a irmã refere ter uma relação algo conflituosa. O pai tem antecedentes de alcoolismo e não trabalha desde há 18 anos.

Em 2013 refere não ter melhores amigos, mas é próxima de duas colegas da escola que moram perto da casa da avó, estando com elas quando vai a casa da avó. Desde o seguimento no hospital de dia e com a introdução de ritalina a S. melhorou a interação social e em termos de timidez. Neste momento não refere tantas dificuldades de socialização, gostando de estar com os amigos, jogar computador e ver televisão.

Refere como principais dificuldades: interagir com os outros, ter interesse por algo (principalmente na escola, em que só revela interesse por artes), não conseguir estar atenta muito tempo (dificuldade de concentração), dificuldade em interagir com os outros. Sem alterações do sono. Descrita alguma voracidade alimentar.

Ao nível do projeto terapêutico foi definido a nível individual: trabalhar ansiedade e desmotivação (espaço para refletir em conjunto); a nível de grupo: melhorar a capacidade de interação social com os pares e familiar: trabalhar hipercriticismo materno.

Recentemente a S. melhorou a interação com adultos, mas ainda não deu oportunidade para se aproximar dos colegas de turma. Apresenta ansiedade de desempenho académico: melhorou a capacidade de concentração com a Ritalina.

The pedigree chart illustrates a family with a history of cancer and alcohol use. The family is divided into three generations. The first generation consists of a male (square) and a female (circle). The second generation includes a male (square) and a female (circle). The third generation includes a male (square) and a female (circle). The pedigree is divided into three sections by vertical dashed lines. The left section shows a family with a history of cancer and alcohol use. The middle section shows a family with a history of cancer and alcohol use. The right section shows a family with a history of cancer and alcohol use. The pedigree is divided into three sections by vertical dashed lines. The left section shows a family with a history of cancer and alcohol use. The middle section shows a family with a history of cancer and alcohol use. The right section shows a family with a history of cancer and alcohol use.

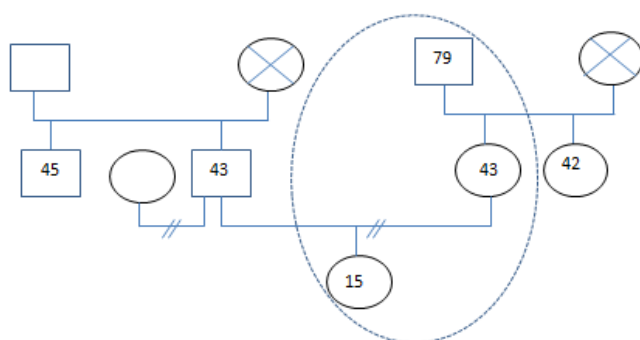
História de saúde da adolescente C.

A C. é seguida em pedopsiquiatria desde os 3 anos, por dificuldades de adaptação ao pré-primário. Desde os 6 até aos 10 anos teve acompanhamento psicológico por dificuldade em adormecer e dificuldade de adaptação à escola, que é referida desde o pré-primário. Começou quadro de absentismo na escola, com recusa escolar no 8º ano, tendo ficado retida. A mãe arranhou ensino doméstico, mas a C. não quis. Em julho de 2014 recorreu ao Serviço de Urgência de Pedopsiquiatria, acompanhada pela mãe e tia materna, com mandado de condução para avaliação e orientação pedopsiquiátrica, no contexto de recusa em sair do quarto desde há cerca de um ano (não obstante, nessa altura foi percebido que a C. saía diariamente do quarto para ir passear o cão com a tia materna ou com o pai); queixas de fobia social, recusa escolar, humor deprimido e irado.

A C. vive com a mãe, avô e empregada externa. Durante o dia fica sempre com alguém. Os pais da C. estão separados desde os 2 anos e meio da C. e em conflito aberto. A mãe com provável perturbação bipolar e o pai é violento (segundo a mãe). O pai vai visitar a C. de 15/15 dias, ficando a pernoitar em casa do pai esporadicamente. A C. tem boa relação com a tia materna. Não fala com a mãe há cerca de 1 ano, nem com o avô.

A C. passa o dia no quarto fechada e só sai de lá para ir à casa de banho. Alimenta-se no quarto.

Genograma



Medicação atual

Sertralina 75mg 1cp jantar

Abilify 10mg 1cp jantar

Melomil 12-16 gotas deitar

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

Exame do Estado Mental

Adolescente com idade aparente correspondente à idade real. Obesa, tez pálida, suada, cabelo comprido, pouco investida no vestuário, mas com aparente higiene mantida. Humor ansioso. Orientada no tempo, espaço, alo e auto-psiquicamente. Discurso inicialmente provocado e de respostas curtas, embora sem alterações da linguagem, e da construção frásica, coerente e organizado. Por vezes pobre e infantilizado/imaturo. Verbaliza que não gosta de viver em Portugal, não gosta de passear, a única coisa que gosta no país são os centros comerciais e refere que quer ir para a América para ser atriz. Sem alterações da forma, conteúdo ou outras alterações do pensamento e sem alterações sensório perceptivos. Não se apura ideação suicida. Baixa auto-estima, com discurso de auto-desvalorização. Humor eutímico que oscila com humor depressivo.

História de saúde da adolescente I.

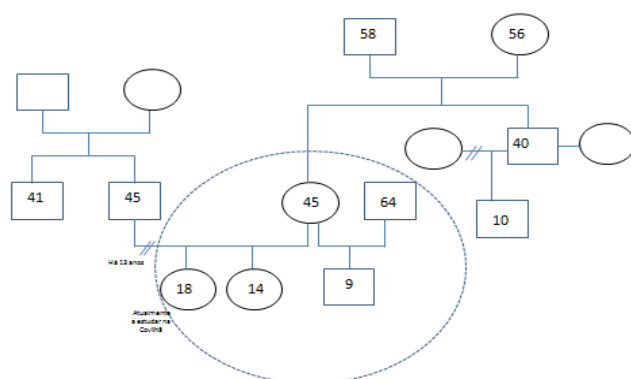
A I. é a segunda filha de uma frataria de três. Reside com a mãe, o padrasto, a irmã de 17 anos, o irmão de 9 anos, filho desta segunda relação da mãe. Apresentou comportamentos regressivos aos 5 anos com encoprese e ansiedade de separação, após o nascimento do irmão mais novo.

Iniciou comportamentos auto-lesivos no ano letivo 2012-13 reativos a um contexto de *bullying* (agressões verbais) por parte de alguns colegas do mesmo ano. Em setembro de 2013 mudou de escola. Apesar de ter mantido a frequência escolar e de referir gostar da atual escola, não teve aproveitamento e reprovou de ano.

A mãe refere, ao longo do último ano letivo, tristeza, adinamia, abulia e também comportamentos de isolamento, insónia inicial e despertares noturnos, com dificuldade em voltar a adormecer e sonolência diurna. Em Março de 2014 recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital Dona Estefânia por fuga de casa e automutilações graves, onde foi feito ajuste de medicação (início da descontinuação da sertralina) e foi encaminhada para consulta de pedopsiquiatria.

A mãe está desempregada há um ano. Apresenta perturbação bipolar, seguida e medicada há 5 anos, depressão no pós-parto no ultimo filho, hipotireoidismo e nódulos tiroideus. O seu meio-irmão tem Atopia.

Genograma



Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

Medicação atual

Lamotrigina 100mg

Quetiapina

Levotiroxina 0,025mg

Exame do Estado Mental

Adolescente de 13 anos; idade aparente superior à idade real, obesa, cabelo comprido solto sobre os ombros, t-shirt e calças escuras, aspeto cuidado com higiene mantida. Sem dismorfias. Vígil e orientada nos quatro eixos. Fácis triste, postura adequada, ombros caídos, algo cabisbaixa. Estável a nível psicomotor. Contacto sintónico, com bom contacto visual. Atenção mantida. Discurso provocado, fluente, prosódico, baixo débito, tom baixo, coerente. Sem alterações da articulação da fala ou de linguagem. Nível cognitivo aparentemente na média para a faixa etária. Humor predominantemente deprimido, com expressão de alegria ao referir o namorado (emoção de pequena intensidade). Emoções reativas e mobilizáveis, pequena amplitude, congruentes com o discurso. Sem alterações aparentes de forma ou conteúdo do pensamento ou da percepção. Baixa auto-estima, expressão de sentimentos de auto-desvalorização (acha-se feia e gorda), refere isolamento social e dificuldade de socialização (o mais difícil é iniciar conversa do que manter amigos). Tem namorado (F., 15 anos) e melhor amiga (C., 13 anos) que conheceu este ano. Quer ser fotógrafa de skates. Gosta de fazer skate, de fotografia e de escrever. Refere auto-mutilação para alívio de dor, sem pedido de ajuda posterior, com dificuldade no controlo do impulso (há 1 mês sem cortes). Ideação suicida não estruturada. Aceita pacto não suicidário e nomeia ajudas possíveis. Nega alterações de sono atuais, exceto pesadelos frequentes com sangue (“eu com uma faca a matar pessoas”, “eu dentro de uma banheira com sangue”). Aumento do apetite com a medicação. Tem ido ao ginásio, gosta de ir. Preocupação com as notas escolares. Pede ajuda “para não pensar assim”.

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

1. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DIRECIONADOS AO GRUPO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Baixa auto-estima situacional		
Definição: Surgimento de uma percepção negativa do valor próprio em resposta a uma situação presente		
RESULTADO (NOC)	Intervenções (NIC)	Atividades
Auto-estima (1205) Definição: Julgamento pessoal do autovalor	Fortalecimento da Autoestima (5400)	<ul style="list-style-type: none">• Encorajar o paciente a identificar os pontos fortes• Encorajar o contacto com os olhos na comunicação com os outros• Evitar críticas negativas• Recompensar ou elogiar o progresso do paciente na direção das metas• Facilitar um ambiente e atividades que aumentem a auto-estima• Fazer declarações positivas sobre o paciente
	Escutar ativamente (4920)	<ul style="list-style-type: none">• Demonstrar interesse pelo paciente• Usar perguntas ou declarações para estimular a expressão de ideias, sentimentos e preocupações• Focalizar-se inteiramente na interação, suprimindo preconceitos, tendências, pressupostos, preocupações pessoais e outras distrações• Evidenciar percepção e sensibilidade às emoções• Usar comportamento não-verbal para facilitar a comunicação• Atentar para mensagens e sentimentos não expressados, tanto quanto para o conteúdo da conversa• Ficar atento à tonalidade, tempo, volume e inflexão da voz• Identificar os temas predominantes• Responder após um tempo de modo a refletir e compreender a mensagem recebida• Esclarecer a mensagem pelo uso de perguntas e feedback• Usar o silêncio/escuta para estimular a manifestação de sentimentos, pensamentos e preocupações
	Aconselhamento (5240)	<ul style="list-style-type: none">• Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito• Demonstrar empatia, cordialidade e autenticidade

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

		<ul style="list-style-type: none">• Oferecer privacidade e garantir sigilo• Oferecer informações apropriadas e sempre que necessárias• Estimular a expressão dos sentimentos• Auxiliar o paciente a identificar o problema ou situação que está causando sofrimento• Usar técnicas de reflexão e do esclarecimento para facilitar a expressão de preocupações• Determinar como o comportamento da família afeta o paciente• Auxiliar o paciente a identificar pontos positivos e a reforça-los• Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por outros mais desejáveis
--	--	--

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Interação Social Prejudicada		
Definição: Quantidade insuficiente ou excessiva ou qualidade ineficaz de troca social		
RESULTADO (NOC)	Intervenções (NIC)	Atividades
Habilidades de Interação Social Definição: Comportamentos pessoais que promovem relacionamentos eficazes	Melhora da socialização (5100)	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar melhoria do envolvimento em relações já criadas • Promover o compartilhamento de problemas comuns com os outros • Ajudar o paciente a aumentar a percepção dos pontos fortes e das limitações ao comunicar-se com os outros • Solicitar e esperar a comunicação não verbal • Dar feedback positivo quando o paciente procurar os outros • Investigar elementos positivos e elementos negativos da atual rede de relacionamentos
	Redução da ansiedade (5820)	<ul style="list-style-type: none"> • Usar uma abordagem calma e tranquilizadora • Esclarecer expectativas de acordo com o comportamento do paciente • Tentar compreender a perspectiva do paciente em relação à situação temida • Encorajar atividades não competitivas, conforme apropriado • Reforçar comportamentos, conforme apropriado • Criar uma atmosfera que facilite a confiança • Encorajar a expressão de sentimentos, percepções e medos • Ajudar o paciente a identificar situações que precipitem a ansiedade • Orientar o paciente sobre o uso de técnicas de relaxamento • Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade
	Terapia de Grupo (5450)	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar a finalidade do grupo e a natureza do processo de grupo • Formar um grupo com tamanho ideal: cinco a 12 membros • Realizar sessões com uma a duas horas, conforme apropriado • Usar a técnica da “ativação aqui e agora” para mudar o foco do geral para o pessoal, do abstrato para o específico • Encorajar os membros a partilharem entre si coisas em comum • Encorajar os membros a partilharem entri a raiva, a tristeza, o humor, a desconfiança e outros sentimentos

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

		<ul style="list-style-type: none">• Oferecer reforço social para comportamentos/reações desejadas• Auxiliar os membros a oferecer feedback recíproco, para que desenvolvam percepções do próprio comportamento
	Arterapia (4330)	<ul style="list-style-type: none">• Oferecer materiais para arte adequados ao nível de desenvolvimento e metas da terapia• Discutir com o paciente a descrição do desenho ou criação artística• Oferecer uma superfície lisa e plana para desenhar• Despende tempo com o paciente durante o uso do meio artístico• Registrar os comentários verbais feitos pelo paciente durante a arteterapia• Usar desenhos da figura humana para determinar o autoconceito do paciente

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Distúrbio da Imagem Corporal		
Definição: Confusão na imagem mental do eu físico de uma pessoa		
RESULTADO (NOC)	Intervenções (NIC)	Atividades
Imagem Corporal Definição: Percepção positiva da própria aparência e das funções do organismo	Melhora da Imagem Corporal (5220)	<ul style="list-style-type: none"> Determinar as expectativas do paciente quanto à imagem corporal com base no estágio de desenvolvimento Determinar se o desgosto percebido em relação a algumas características físicas cria paralisia social disfuncional nos adolescentes Ajudar o paciente a separar aparência física de sentimentos de valor pessoal, conforme apropriado Ajudar o paciente a determinar a influência do grupo de colegas na percepção do paciente sobre a imagem corporal atual Ajudar o paciente a discutir as mudanças causadas pela puberdade, conforme apropriado Identificar os efeitos da cultura, religião, raça, sexo, e idade do paciente em termos de imagem corporal Monitorar se ocorrem declarações que identifiquem percepções da imagem corporal preocupadas com forma e peso do corpo
	Melhora da autopercepção (5390)	<ul style="list-style-type: none"> Encorajar o paciente a reconhecer e a discutir pensamentos e sentimentos Partilhar observações ou pensamentos sobre comportamentos ou reações do paciente Ajudar o paciente a identificar as prioridades de vida Ajudar o paciente a identificar seus atributos positivos Ajudar o paciente/família a identificar motivos para melhorar Ajudar o paciente a identificar uma fonte de motivação Ajudar o paciente a identificar comportamentos autodestrutivos Facilitar a autoexpressão com o grupo de amigos
	Apoio Emocional (5270)	<ul style="list-style-type: none"> Conversar com o paciente sobre as experiências emocionais Fazer declarações de apoio ou empatia Abraçar ou tocar no paciente para oferecer apoio Auxiliar o paciente a identificar sentimentos, como ansiedade, raiva ou tristeza Encorajar o paciente a expressar sentimentos de ansiedade, raiva ou tristeza Oferecer assistência na tomada de decisão

Dançar a Vida: A Dança enquanto Estratégia em Reabilitação Psicossocial
Márcia Santos