

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

***Intervenção Psicoterapêutica de Grupo em
Crianças em Idade Escolar
com Perturbações de Comportamento***



Rute Alexandra Cardoso Roldão

Orientador: Professor António Nabais

2011

RESUMO

Este relatório pretende descrever e reflectir sobre terapia de grupo com crianças em idade escolar que apresentam perturbações do comportamento da linha do agir, classificados como agressivos. Foi realizado durante um período de estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que incluiu dois contextos distintos: hospitalar e comunitário. Foram desenvolvidas actividades no serviço de internamento em conjunto com a equipa multidisciplinar, sendo que as actividades de grupo desenvolvidas no âmbito do Hospital Dia apresentam maior evidência, no sentido em que os objectivos deste trabalho estão direccionados para esta intervenção em ambulatório.

O grupo é composto por 6 crianças entre os 11-12 anos sendo que um dos elementos já completou 13 anos, com uma frequência de uma vez por semana com a duração de 90 minutos.

Constatou-se a importância da intervenção psicoterapêutica de grupo não só através do confronto com os pressupostos teóricos, mas também da experiência vivida, pois o grupo é um espaço onde é possível reflectir sobre comportamentos, sentimentos e emoções, que emergem da partilha em grupo.

A reflexão desenvolvida pelos terapeutas no final das 27 sessões, as reuniões de supervisão realizadas com o Director Clínico do Hospital de Dia, a monitorização da evolução das crianças com os médicos de referência que as acompanham, assim como a mobilização de indicadores (motivação/participação, assiduidade, satisfação parental) permitiram verificar a evolução do grupo de forma qualitativa.

Este trabalho reflecte o início de um percurso, sendo que os resultados obtidos fornecem algumas pistas sobre a evolução das crianças e da autora, enquanto enfermeira a iniciar a sua prática clínica em saúde mental.

Palavras-Chave: Perturbação de Comportamento, Relação Psicoterapêutica, Enfermagem de Saúde Mental.

ABSTRACT

This report aims to describe and reflect on group therapy with school-age children who have behavioural disorders of the line of action, classified as aggressive. It was realized during a period of stage in the Master of Nursing in Mental Health and Psychiatric, that include two different contexts: hospital and community. Activities in conjunction with the multidisciplinary team in the service were developed, of which the group activities carried out under the Hospital Day has more evidence in the way that the objectives of this work are directed to outpatient psychotherapeutic intervention.

The group has 6 children between ages 11 to 12 but one of the elements with 13 years old completed after, with a frequency of once a week lasting 90 minutes.

It was noted the importance of psychotherapeutic intervention group not only through the theoretical assumptions, but also the experience lived, because the group is a sharing space where you can reflect on behaviours, feelings and emotions, triggered in relation to the other.

The reflection developed by therapists at the end of 27 sessions, supervisory meetings held with the Clinical Director of Hospital Day, monitoring the progress of children with medical reference that accompany them, as well as the mobilization of indicators (motivation / participation, attendance, parental satisfaction) allowed us to verify the group's evolution in a qualitative way.

This work reflects the beginning of a journey, and the results provide some clues about the evolution of children and the author as a nurse to start their practice in mental health.

Key Words: Conduct Disorder, Psychotherapeutic Relationship, Mental Health Nursing.

ÍNDICE

Introdução.....	4
-----------------	---

PARTE I

1 – Identificação da Problemática.....	7
1.1 - Pertinência e Justificação do Projecto.....	8
1.2 – Dois Contextos, Duas Realidades.....	8
1.2.1 – Área de Pedopsiquiatria.....	9
1.2.1.1 – A Experiência do Internamento.....	10
1.2.1.2 – Hospital Dia – Clínica do Parque.....	14
1.3 - Competências de Enfermeiro Especialista.....	17
2 – Enquadramento Conceptual.....	19
3 – Finalidades e Objectivos.....	29

PARTE II

4 – Plano e Implementação do Projecto	
4.1 - O Grupo.....	30
5 – Actividades Desenvolvidas	
5.1 - Integração/Evolução do Grupo.....	42
5.2 - Reflexão sobre as Dinâmicas de Grupo.....	44
6 – Resultados Obtidos.....	53
6.1 – Avaliação pelos Elementos do Grupo.....	57
6.2 – Avaliação pelos Terapeutas.....	58
7 – Questões Éticas.....	60
8 – Limitações do Trabalho.....	61
9 – Questões Emergentes.....	62
10 – Conclusão.....	63
11 - Referências Bibliográficas.....	65

Introdução

“ A forma como se utiliza uma ferramenta
tem a ver com o modo de pensar
de quem a toma nas mãos.”

Moysés Aguiar

Já em 1968, Glidewell referia o conceito de saúde mental na criança: “...transcende a formação de sintomas, mas oferece também uma base para uma indagação continuada acerca da estabilidade, como da perturbação do desenvolvimento da força e da direcção da motivação, do estado e da expressão emocionais, do potencial e da utilização do intelecto, e dos prazeres e habilidades pessoais da criança em idade escolar”.

Nos últimos anos tem-se verificado a importância da prevenção de distúrbios da saúde mental assim como a sua promoção, nomeadamente no que se refere às perturbações de comportamento. Muitos estudos científicos confirmam que 50% das crianças que já em idade pré-escolar evidenciam problemas comportamentais, como a agressividade, continuam a exibir o mesmo padrão de comportamento no decorrer da infância e no início da adolescência. (WHO, 2005)

As perturbações do comportamento são situações psicopatológicas complexas e de difícil tratamento. A detecção precoce e a implementação de medidas de vigilância e apoio às famílias em risco parecem ter resultados mais encorajadores do que actuações mais tardias. (Marques et al, 2009)

O prognóstico das perturbações do comportamento é variável, dependendo da sua gravidade, bem como do número e tipo de sintomas. Casos com sintomatologia múltipla, de gravidade moderada a severa e com disfunção familiar coexistente pode evoluir para perturbações da personalidade na idade adulta.(Marques et al, 2009)

Os motivos para utilização da estratégia de grupos existem no sentido de mobilizar, estimular, educar, treinar para o trabalho e para a vida em sociedade, consciencializar, assim como abordar problemas de relação. (Spadini & Souza, 2006)

Este relatório visa reflectir sobre a intervenção terapêutica em crianças com perturbação do comportamento, descrevendo esta modalidade terapêutica desenvolvida por enfermeiros numa equipa de saúde mental.

Este trabalho foi desenvolvido durante o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e foi elaborado no decorrer da experiência vivida em estágio, em dois contextos diferentes: internamento de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia e na Clínica do Parque – Hospital Dia, que decorreram em simultâneo no período de Outubro de 2010 a Junho de 2011.

O grupo, ao qual pertencem diversas crianças, surge como um espaço de partilha de sentimentos, emoções e pensamentos, numa mistura individual versus grupal, influenciando-se mutuamente, numa dialéctica. Desta forma o grupo constitui um espaço facilitador do trabalho psíquico, permitindo que as crianças evoluam através de uma maior autonomia psíquica em relação aos adultos e mais tarde aos seus pares, consolidando a individualidade e adquirindo prazer e desejo em relacionar-se com os outros, despertando a curiosidade e o desejo de saber e aprender, promovendo a socialização. (Nabais & Guerreiro in Vidigal, 2005)

Na medida em que os enfermeiros são desafiados a criar objectivos realistas e bem definidos, responder às complexas necessidades sociais da criança, compreender e defender a criança e desenvolver um plano abrangente de tratamento que identifique e integre as necessidades e os recursos das crianças. (Stuart & Laraia, 2001), a intervenção psicoterapêutica de grupo começa a surgir como alternativa à psicoterapia individual, sendo as intervenções psicoterapêuticas uma das competências a desenvolver durante o

estágio, com vista a atingir o perfil de competências definido e publicado pela Ordem dos Enfermeiros (2009) para Enfermeiro Especialista, as vantagens das terapias de grupo com crianças está essencialmente associada a dois motivos: diminuir a lista de espera e da falta de terapeutas nas instituições e, o papel que o grupo representa na expansão e desenvolvimento psíquico da criança. (Nabais & Guerreiro in Vidigal, 2005)

O relatório está estruturado em duas partes principais, inicialmente a identificação da problemática sendo referido o enquadramento conceptual, como base de suporte do trabalho desenvolvido, abordando o modelo teórico de Hildegard Peplau – Relações Interpessoais; são ainda referidos a finalidade, objectivos e estratégias desenvolvidas. Posteriormente procede-se a uma reflexão sobre o grupo (integração/evolução do grupo e intervenções de enfermagem desenvolvidas); avaliação e referência a algumas questões éticas, limitações do trabalho e perspectivas futuras.

PARTE I

1- Identificação da Problemática

“A inquietude não deve ser negada, mas remetida para novos horizontes, e tornar-se nosso próprio horizonte”.

Edgar Morin

O Homem é por necessidade um ser de natureza gregária, antes mesmo de ter consciência deste facto; como tal, grande parte das actividades quotidianas do ser humano são desenvolvidas em grupo. (Monteiro & Pagliuca, 2008)

No dia a dia do enfermeiro, o trabalho grupal é uma realidade vivenciada em todo o período da sua formação académica e traz benefícios como estratégia para a actividade profissional de enfermagem. O grupo é um instrumento muito importante para o enfermeiro no planeamento da sua intervenção, sobretudo por propiciar caminhos para o cuidado emocional (Monteiro & Pagliuca, 2008)

Segundo a teoria de Peplau (1992), a enfermagem é definida como um processo interpessoal e terapêutico, consistindo em acções que exigem a participação entre duas ou mais pessoas que beneficiam desta interacção.

Assim, este trabalho procura essencialmente dar visibilidade à actividade grupal com crianças, percebendo o grupo como um espaço que facilita a partilha de emoções e sentimentos, quando comparado com a intervenção dual.

Deste modo, verificou-se uma actuação não apenas ao nível do tratamento, mas igualmente ao nível da promoção e prevenção da saúde mental, que segundo Peplau é possível através da relação interpessoal que aqui ocorre em contexto grupal, e se caracteriza por uma enorme imprevisibilidade.

1.1 - Pertinência e Justificação do Projecto

Com o desenvolvimento deste trabalho procurou-se essencialmente dar relevo à intervenção psicoterapêutica de grupo, nomeadamente na infância e adolescência, como resposta aos problemas de saúde mental das crianças.

Uma vez que os primeiros anos de vida são determinantes para a saúde mental, promover a saúde mental junto das crianças e dos adolescentes é investir no futuro. Fomentar as competências parentais contribui para um melhor desenvolvimento infantil. Uma abordagem escolar holística contribui para aumentar as competências sociais, melhorar a resiliência e reduzir o assédio, a ansiedade e os sintomas depressivos. (Livro Verde da Saúde Mental, 2005)

Assim, e de acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), é urgente desenvolver serviços e programas que permitam respostas de qualidade às necessidades de cuidados da infância e adolescência, a nível da prevenção e do tratamento, de acordo com os seguintes objectivos: promover a saúde mental infantil e juvenil junto da população; melhorar a prestação de cuidados, favorecendo e implementando a articulação entre os serviços de saúde mental infanto-juvenil e outras estruturas ligadas à saúde, educação, serviços sociais e direito de menores e família.

Desta forma, com a realização deste projecto, foi possível verificar a articulação da Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria com o Hospital de Dia – Clínica do Parque.

1.2 - Dois Contextos, Duas Realidades

Neste capítulo serão descritos os contextos onde as intervenções foram desenvolvidas de forma a evidenciar uma panorâmica global do ambiente/espço e da articulação efectuada entre o internamento e o

ambulatório, assim como com a escola e/ou instituições que fazem parte da realidade destas crianças e, a importância de integração da família no projecto terapêutico proposto para cada criança.

Os problemas comuns de saúde mental das crianças e adolescentes e, as perturbações psiquiátricas mais graves e de evolução prolongada são quase sempre multideterminadas e apresentam diversas vertentes, biológica, psicológica, familiar, escolar e social, relevantes para a sua avaliação e posterior intervenção terapêutica. (Plano de Acção Área de Pedopsiquiatria CHLC, 2010)

O estágio decorreu na Área de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia - HDE na Unidade de Internamento e no Hospital de Dia da Infância na Clínica do Parque.

1.2.1 – Área de Pedopsiquiatria

A unidade de internamento, situada dentro do perímetro do Hospital D. Estefânia, num espaço físico único e muito limitado, tem uma lotação de 10 camas para internamento de crianças e jovens até aos 16 anos, com situações psicopatológicas agudas e sub-agudas e com exclusão das situações de toxicodependência e delinquência quando este se apresenta como o principal problema do jovem; residentes na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, regiões de saúde do Alentejo e Algarve e Regiões Autónomas.

Nesta unidade está integrada a consulta de ligação, destinada ao apoio pedopsiquiátrico aos serviços de internamento do HDE e à consulta externa dos serviços pediátricos e da maternidade.

Na unidade de internamento, além da criação e manutenção dum meio terapêutico, essencial para o tratamento das crianças, utilizam-se ainda metodologias expressivas integradas na terapia farmacológica, terapias

individuais, de grupo e familiares, intervenções a nível psicopedagógico e social. Através do trabalho em contexto multidisciplinar e reuniões diárias, é negociado com a criança/ adolescente/ família um projecto terapêutico personalizado. Durante o período de internamento, as experiências interactivas são moderadas e modeladas pelos profissionais de forma a promover um desenvolvimento mais harmonioso e contribuindo para a retoma do desenvolvimento.

A articulação funcional com os agrupamentos de centros de saúde e escolas/ jardins de infância/ creches/ infantários constitui uma prioridade, assim como com a pediatria, neurologia e outras especialidades médicas. (Plano de Acção - Área Pedopsiquiatria, 2010)

1.2.1.1 – A Experiência do Internamento

Durante o estágio realizado no serviço de pedopsiquiatria foram desenvolvidas actividades, com o objectivo de observar atitudes/comportamentos das crianças e estabelecer uma relação terapêutica e de confiança com as mesmas.

Num primeiro contacto a abordagem não foi fácil, porque tudo o que se vive no ambiente de internamento, e neste caso específico, é vivido de forma intensa e próxima do limite da relação confrontando-nos com pensamentos, sentimentos e emoções, que emergem durante a relação terapêutica, sendo por vezes difícil de gerir e integrar, em particular na relação inaugural com crianças com este padrão de respostas humanas.

Neste período estabeleci uma relação terapêutica com crianças e adolescentes com múltiplas alterações e perturbações mentais: perturbações de comportamento – auto e heteroagressividade; perturbações de comportamento alimentar – anorexia e bulimia; primeiro surto psicótico; depressão; tentativas de suicídio; autismo, síndrome de Asperger, perturbação da vinculação, entre outros...

Sendo os problemas que as crianças apresentam de etiologia múltipla, requerendo cuidados individualizados, também as famílias enquanto clientes de cuidados, necessitam de cuidados individualizados, uma vez que em saúde mental na infância e adolescência, os problemas de saúde mental nas crianças estão ligados aos da família.

Se considerarmos que o conceito de família pode revestir-se de muitas formas dependendo tanto da história individual como familiar, de vínculos biológicos, estatuto legal e/ou religioso, as mudanças económicas, políticas, sociais e culturais a que assistimos, fazem surgir uma diversidade de tipos de família que dificilmente se enquadram numa única definição. (Ordem dos Enfermeiros, 2008)

Seja qual for o tipo de família que encontremos «todas se organizam através de uma estrutura de relações onde se definem papéis e funções conformes às expectativas sociais» (Relvas, 2004 citado por Ordem dos Enfermeiros, 2008) O conceito de família apresentado pela OMS em 1994, coloca a tónica no eixo relacional sublinhando a importância de ultrapassar a ideia de laços biológicos ou legais quando trabalhamos com a família: “o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adopção.

Família é o grupo cujas relações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum”. Vaughan-Cole et al (1998) acrescentam que nesse grupo «existe uma história de preocupação e cuidado e, o potencial para um compromisso duradouro de cuidar».

Ao longo desta experiência no internamento, foi possível observar o comportamento dos pais/cuidadores, assim como a relação estabelecida com os seus filhos e, reacções/ atitudes demonstradas pelas crianças/adolescentes, durante o período das visitas.

Verificou-se que, dependendo das situações, a ansiedade e expectativa em relação à presença (ou não) dos pais durante este período de tempo, era tal

que provocava uma inquietação e agitação constantes, sendo que as crianças/adolescentes não se conseguiam concentrar em nenhuma actividade proposta.

Também foi possível identificar nalguns casos, a ansiedade e preocupação demonstrada pelos pais/cuidadores que aparentemente se sentiam impotentes e com dificuldade em compreender o comportamento dos seus filhos.

Cada criança com o seu percurso de vida, muitas vezes marcado por relações afectivas instáveis, quebradas por histórias familiares que condicionam o seu desenvolvimento psicoafectivo, recorrem a atitudes/comportamentos que evidenciam o seu sofrimento.

Os pais/cuidadores, por seu lado, demonstram dúvidas e preocupações, por vezes incapazes de se implicarem, questionando o seu papel parental, apresentando uma grande dificuldade em compreender o sofrimento do seu filho.

Assim, o papel do enfermeiro é fundamental, pois promove a expressão de sentimentos e inquietações, permitindo que os pais tomem consciência da situação dos seus filhos, das suas próprias atitudes educativas, valorizando-os e reforçando-os no seu papel de pais.

Assim, é fundamental uma articulação com os pais, uma vez que a filosofia dos cuidados centrados na família reconhece que esta é um pilar e uma constante na vida das crianças, os profissionais de saúde devem apoiar, respeitar, encorajar e potenciar a competência da família. (Johnson et al, citados por Wong, 1999)

É de realçar a importância que uma comunicação recíproca e aberta com os pais assume na auto-regulação da criança, na avaliação que faz de si mesma e no desenvolvimento das competências sociais. Espera-se que os pais possam

auxiliar a criança a dar resposta aos diversos desafios sócio-emocionais que o período escolar envolve. (Cummings et al, 2000)

Izard e Harris (1995) referem que um clima emocional positivo da família e a expressão aberta de emoções positivas contribuem fortemente para ensinar às crianças regras de expressão emocional.

É essencial que os pais sejam capazes de reconhecer as emoções da criança e as percebam, mesmo as negativas como momentos de crescimento. Os pais devem conceber os momentos de expressão emocional como oportunidades privilegiadas para estreitar a relação com os seus filhos e desenvolver uma intimidade promotora das competências de reconhecimento, de nomeação e de regulação das emoções da criança. (Gottman & DeClaire, 1999)

Durante este período foi possível desenvolver actividades juntamente com a equipa do serviço, que foi essencial na aprendizagem e desenvolvimento de conhecimentos e estratégias na relação com as crianças.

No contexto do internamento as actividades são planeadas com as crianças, à segunda-feira, promovendo assim a sua participação na escolha das mesmas. Realizam-se predominantemente de manhã, com o objectivo de promover a interacção entre as crianças internadas, estabelecendo relações de confiança, seguras e gratificantes com outras crianças e adultos, através da utilização de mediadores da relação predominantemente expressivos.

As actividades desenvolvidas foram de ordem variada, nomeadamente: expressão plástica, jogos de comunicação não verbal e de movimento criativo como a dança, sessões de relaxamento, e outras intervenções terapêuticas uma das quais desenvolvida com uma colega de curso, com uma componente cognitiva, cujo objectivo principal era identificação de problemas e preocupações assim como a resolução dos mesmos, apelando à reflexão e partilha de sentimentos.

Verificou-se que nem sempre é possível realizar as actividades inicialmente planeadas, pois por vezes as crianças ainda que estimuladas apresentavam dificuldade em participar, ou porque não gostavam, não se sentindo motivadas ou recusando simplesmente. Noutras situações foi possível realizar jogos sugeridos pelos próprios. Estas dificuldades também foram sendo superadas à medida que a confiança, e a relação terapêutica estabelecida se estruturava em pilares mais sólidos. Isto notou-se especialmente à medida que o tempo passava, num processo contínuo, com a evolução da intervenção.

O objectivo fundamental deste tipo de actividades em grupo é o de proporcionar aos participantes uma experiência particular de aprendizagem. Estas fornecem um nível base de estimulação capaz 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. (Manes, 2007)

A relação terapêutica é um dos instrumentos de cuidar a reintegração e reorganização da pessoa. Esta inclui saberes e práticas destinadas ao entendimento do ser humano na sua totalidade, limitações, possibilidades, necessidades imediatas e potencialidades. Permite a reflexão, o crescimento pessoal, o reconhecimento do ser humano como importante promotor do autocuidado e o desenvolvimento de habilidades para enfrentar o sofrimento e reintegrar-se na sociedade; é um contrato de envolvimento entre o terapeuta e o cliente/família que particulariza mudanças, permite reconhecer a singularidade de cada ser humano, suas relações sociais, perspectivas, fragilidades e viabilidades, assim como possibilita o resgate da autoconfiança, da autovalorização e da re-inserção no mundo externo. (Kantorsky et al, 2005)

1.2.1.2 – Hospital Dia – Clínica do Parque

A Área de Dia é uma unidade de cuidados a tempo parcial, que se constituiu como um modelo de intervenção terapêutica em pedopsiquiatria e que se caracteriza por:

- constituição de grupos de crianças (entre 5 a 6 por grupo), com idades aproximadas entre si e que apresentam patologias semelhantes;
- constituição de grupos de pais/cuidadores (no máximo 10 por grupo), e que iniciam o tratamento simultaneamente com as crianças.

A equipa multidisciplinar é constituída por técnicos de diversas áreas, nomeadamente pedopsiquiatria, enfermagem, psicologia, psicopedagogia, psicomotricidade, assistente operacional, serviço social, artes plásticas e expressão dramática.

A intervenção terapêutica está direccionada para as crianças, pais/cuidadores e para a escola (articulação com o grupo de professores).

Assim, o modelo de intervenção, pressupõe uma interacção dinâmica permanente entre estes quatro elementos: crianças, pais/cuidadores, professores e terapeutas. (Vidigal, 2005)

Após uma avaliação inicial de todas as crianças, pelos técnicos da Área de Dia, são formados os respectivos grupos, sendo que as intervenções psicoterapêuticas são desenvolvidas de acordo com cada situação específica.

O espaço é composto por salas e um ginásio onde se desenvolvem as actividades terapêuticas dos diferentes grupos, gabinetes onde se realizam reuniões nomeadamente com a família e professores das escolas, um atelier de artes plásticas, uma sala de espera e uma cozinha (onde se realizam alguns lanches-convívio).

Por outro lado, a integração da família, pretende sobretudo estabelecer e reforçar uma aliança terapêutica sólida entre as famílias e os técnicos que permita e facilite a continuidade do tratamento.

O grupo de pais/cuidadores tem ainda um efeito dinâmico, mobilizando os que têm posições mais rígidas; estes tranquilizam-se mais, ficando abertos a outras

modalidades relacionais; funciona assim, como um instrumento de avaliação terapêutica, na medida em que possibilita uma troca permanente de informação entre a família e os técnicos. As sessões decorrem ao mesmo tempo que o grupo de crianças, têm uma periodicidade quinzenal e duração aproximada de uma hora.

A possibilidade dos pais/cuidadores viverem uma experiência semelhante à das crianças, permite-lhes compreender mais claramente o trabalho (psíquico) efectuado nos grupos de crianças, limitando o risco de, ao se sentirem excluídos, invadirem as crianças de questões após cada sessão.

O principal objectivo é criar um clima de confiança e segurança que estimule a partilha de dúvidas, a troca de informações e experiências entre os pais/cuidadores, assim como uma reflexão em conjunto sobre as suas dificuldades com os filhos.

É de salientar, por outro lado, o papel da escola neste processo terapêutico, uma vez que os professores, por terem um campo de observação privilegiado nas possíveis transformações operadas sobretudo nas crianças em tratamento, deverão participar activamente nessa avaliação. Assim, é fundamental que o grupo de professores se sinta como mais um vector de transformação do funcionamento psicopatológico da criança. (Carreira & Correia in Vidigal, 2005)

Neste âmbito foram sentidas algumas dificuldades, enquanto terapeutas de um grupo de crianças em idade escolar em transição para a adolescência, verificou-se que a escola no início da formação do grupo mostrou algum interesse (em especial pelo H. que demonstrava problemas ao nível da aprendizagem e concentração, com algumas atitudes agressivas para com colegas e professores), mas, com o passar do tempo e apesar de várias tentativas no sentido de estabelecer contacto e uma articulação mais eficaz com a escola, foi com alguma surpresa que se verificou esta desmotivação por parte da escola em investir nestas crianças.

Por outro lado, as reuniões de equipa permitem que o grupo de técnicos, conheça com profundidade todas as crianças e famílias envolvidas, quer no seu funcionamento individual, quer na forma como se realcionam social e familiarmente.

Assim, é possível afirmar que: “conciliar num mesmo momento terapêutico com as crianças, o movimento e a actividade criativa por um lado, com a capacidade de reparação narcísica e aumento da empatia dos pais para com as dificuldades dos filhos por outro, se poderá revelar como um processo terapêutico útil na abordagem das «psicopatologias do agir» “. (Carreira & Correia in Vidigal, 2005)

1.3 – Competências do Enfermeiro Especialista

A importância deste trabalho prende-se essencialmente com o facto de estar inserido nas competências do enfermeiro especialista definidas pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente no que se refere às competências F2 e F4.

F2 – Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental.

Unidade de Competência – F2.3 – Coordena, implementa e desenvolve projectos de promoção e protecção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.

Critério de Avaliação – F2.3.3 – Implementa projectos de cuidados a clientes em todas as fases do ciclo vital e a cuidadores, no âmbito da saúde mental, incluindo: projectos que promovam a participação activa dos clientes na vida social; projectos que promovam o bem estar e saúde mental dos clientes que necessitem de cuidados, na comunidade ou em instituições. (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.23,24; DR, 2ª Série, nº35, 18/02/2011, p.8671)

F4 – Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida,

mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Unidade de Competência – F4.2 – Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.

Critérios de Avaliação – F4.2.1 – Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições. F4.2.5 – Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes. (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.27; DR, 2ª Série, nº35, 18/02/2011, p.8672, 8673)

Assim, procurou-se desenvolver competências à medida que as novas experiências iam surgindo, em que as intervenções de enfermagem fossem suportadas por uma base teórica consistente e em momentos de partilha com a equipa de enfermagem e multidisciplinar.

2 – Enquadramento Conceptual

Ao falarmos de intervenção é essencial referir os pressupostos, o enquadramento referencial que a suporta, assim como a sua estrutura e de que forma foi vivida.

Para o estudo da intervenção em grupos, são várias as perspectivas teóricas desde a sociometria de Moreno (1934), a dinâmica dos grupos de K. Lewin (1951), que teve origem numa psicologia científica de grupos que se começaram a desenvolver nos Estados Unidos.

O interesse da psicanálise pelos grupos vem desde Freud e está associado às grandes alterações que caracterizaram os períodos de catástrofe social na primeira metade do século XX. As teorizações psicanalíticas conheceram um novo desenvolvimento, à medida que se caracterizava a metodologia da psicanálise aplicada a esta experiência do inconsciente e ao tratamento das perturbações até então inacessíveis por outros meios.

Foi nos Estados Unidos, nos anos 30 do século passado que Slavson organizou os primeiros grupos terapêuticos para crianças. A proposta de um meio favorável, num clima democrático tolerante, permite um bom nível de interações, dando a possibilidade às crianças de viver novas “experiências emocionais”. Esta experiência permite um melhor controlo pulsional, uma adaptação mais flexível à realidade social e melhora as capacidades de sublimação. (Vidigal, 2005)

O recurso grupal tem sido reconhecido pelo enfermeiro pelo seu valor terapêutico e fundamental para a melhoria na qualidade da assistência.

Na saúde mental as actividades desenvolvidas em grupos são muito utilizadas e constituem-se em estratégias eficazes para a enfermagem, na assistência ao paciente e seus familiares. Sendo assim, o enfermeiro deve buscar o conhecimento necessário para realizar essas actividades de forma competente

e efectiva. Não só para desenvolver a função de coordenador de grupo, mas também ter a percepção de si mesmo e do modo de relacionamento mantido com o grupo. (Spadini & Souza, 2006)

A intervenção em grupo assenta num modelo epigenético de desenvolvimento em que a personalidade se constrói de um modo evolutivo, permitindo desta forma uma intervenção directa ao nível do estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra. A idade cronológica não corresponde na maioria das crianças, à idade emocional, sendo que a criança na idade cronológica da latência, por vezes se encontra numa fase de desenvolvimento psicosexual aquém da esperada para a idade. (Nabais & Guerreiro in Vidigal, 2005)

O grupo permite uma oportunidade para explorar e capitalizar as interacções entre pares, as crianças e os terapeutas, assim como as experiências interpessoais do presente e do passado e as relações familiares.

Os grupos psicoterapêuticos são conduzidos por profissionais com treino e capacidade para observar, escutar e comunicar com as crianças sobre os seus sentimentos, para clarificar assuntos/questões, e para ajudá-los a compreender o significado das suas interacções. (Reid & Kolvin, 1993)

O terapeuta é o catalisador inicial do grupo e é a sua força unificadora primária: os membros relacionam-se inicialmente, através da sua relação comum com o líder e, depois com os objectivos e estrutura que ele escolheu para o grupo. Assim, este deve criar uma cultura de grupo na qual ocorrem as interacções vigorosas, honestas e efectivas. (Yalom & Vinogradov, 1992)

Para ser efectivo no trabalho terapêutico com o grupo, o enfermeiro precisa compreender os processos complexos que ocorrem e ser capaz de usar várias abordagens para aumentar o potencial terapêutico do grupo. (Stuart & Laraia, 2001)

Neste caso específico, foi realizado um trabalho de co-terapia, em que os terapeutas se complementam e apoiam um ao outro. À medida que trocam opiniões e examinam intuições juntos, a faixa de observação e o poder terapêutico de cada um dos terapeutas são ampliados. (Yalom & Vinogradov, 1992)

A presença de uma equipa de terapeutas de sexos opostos apresenta vantagens únicas, uma vez que facilita a emergência de movimentos transferenciais sustentados na representação de um casal real, com particular projecção de fantasias ligadas à situação edipiana e de todas as ambivalências a ela associadas. Os dois elementos do casal tendem a ser representados diferencialmente no sentido de aproximação às figuras parentais reais, registando-se uma projecção frequente dessas imagos em função dos medos e desejos mais intensos. (Sá, 2003)

Yalom (1992) relata 3 estágios que o grupo terapêutico passa, mas o próprio autor destaca que a estruturação desses estágios é um esquema útil do desenvolvimento dos grupos, apesar de não ser uma regra para todos os grupos, uma vez que se trata de relacionamentos interpessoais, com variáveis imprevisíveis.

O estágio inicial é de orientação, participação hesitante, busca por significado e de dependência. Neste estágio, os participantes mostram-se preocupados em fazer parte do grupo, em serem aceites e de se envolverem com os demais membros do grupo.

O segundo estágio é o de conflito, domínio, rebeldia, no qual os membros do grupo se encontram preocupados com o status, com o controle e o poder que exercem ou não dentro do grupo.

O terceiro estágio é o de desenvolvimento da coesão, que diz respeito aos membros do grupo buscarem transformar o grupo numa unidade coesa.

Para o autor à medida que o grupo acontece, há uma significativa mudança na comunicação entre os membros, que passam a falar das suas experiências mais pessoais, afectivas e menos intelectuais. Tendem a ficar mais no “aqui e agora”, oferecendo feedback mais construtivo, sendo o grupo mais auto-dirigido e sendo menor a participação do terapeuta.

Na fase operacional o grupo transforma-se em equipa. Yalom e Vinogradov (1992) identificaram factores terapêuticos importantes na promoção da modificação positiva em grupos:

- instilação de esperança (o testemunho de melhoria manifestado pelos restantes elementos do grupo oferece-lhes esperança quanto à sua própria melhoria);
- universalidade (no início do grupo, os seus membros experienciam um enorme alívio, ao perceberem que não estão sozinhos com os seus problemas);
- oferecimento de informações (aconselhamento ou orientação directa sobre problemas de vida oferecidos pelos terapeutas ou por outros membros do grupo);
- altruísmo (nos grupos terapêuticos os seus elementos tornam-se extremamente úteis uns aos outros: compartilham problemas semelhantes e oferecem apoio);
- reassseguramento, sugestões e insight uns aos outros, permitindo o aumento da auto-estima);
- desenvolvimento das técnicas de socialização (é um factor terapêutico que opera em todos os grupos de psicoterapia, embora a natureza e a explicitação do processo variem de acordo com o grupo, nos grupos mais orientados para a interacção aprendem acerca do comportamento mal adaptado através do feedback honesto que oferecem uns aos outros);
- comportamento imitativo (os elementos beneficiam da observação da terapia de outro elemento com problemas semelhantes, um fenómeno que se designa de aprendizagem por substituição);
- catarse (importância do compartilhar afectivo do seu mundo interno e, aceitação deste pelos outros membros do grupo);

- reedição correctiva do grupo familiar primário (representar padrões de comportamento, através da interacção com os terapeutas e outros elementos, vivências familiares anteriores);
- factores existenciais (os elementos descobrem no decorrer da terapia que os maiores responsáveis pela autonomia do grupo e pela condução das suas vidas são eles próprios, à medida que aceitam estas questões, aprendem a enfrentar as suas limitações com uma maior humildade e coragem);
- coesão (os elementos de um grupo coeso aceitam-se uns aos outros, oferecem apoio e estão dispostos a formar relacionamentos significativos dentro do grupo, estão mais inclinados a expressar e explorar os seus próprios comportamentos, tomando consciência e integrando os aspectos até então inaceitáveis de si mesmos, relacionando-se de modo mais profundo com os outros).

A coesão num grupo favorece as revelações íntimas, o assumir riscos e a manutenção construtiva da confrontação e conflito; todos estes fenómenos facilitam a eficácia da psicoterapia, promovendo a estabilidade do grupo, com maior assiduidade, compromisso e participação activa dos seus elementos); aprendizagem interpessoal (os relacionamentos interpessoais contribuem não só para o desenvolvimento da personalidade, mas também para a génese da psicopatologia; a necessidade de aceitação e segurança interpessoal é tão crucial para a criança em desenvolvimento quanto qualquer necessidade biológica básica. Para garantir e promover esta aceitação interpessoal, uma criança em desenvolvimento acentua aqueles aspectos do seu comportamento que encontram aprovação ou atingem os fins desejados, e suprime aqueles aspectos que geram punição ou desaprovação). (Yalom & Vinogradov, 1992)

Ao referirmos os pressupostos da intervenção em grupo, é fundamental abordar o modelo teórico de enfermagem que suporta o processo grupal.

Por outro lado, a intervenção de Enfermagem em grupo é apresentada por Loomis (1979) e Wilson (1985) no contexto da Saúde Pública, apresentando

um crescente desenvolvimento nomeadamente no que se refere à Saúde Comunitária e Saúde Mental.

O uso de teorias de enfermagem reflecte um movimento da profissão em busca da autonomia e delimitação das suas acções.

Nesse sentido, as teorias têm sido um passo fundamental em direcção à compreensão da enfermagem, como práxis, entendida esta como acção aprofundada pela reflexão, carregada de sentido, projectada, consciente transformadora da natureza, do homem e da sociedade. (Almeida et al, 2005)

Os modelos conceptuais são estruturas ou paradigmas que fornecem um amplo quadro de referência, para abordagens sistemáticas aos fenómenos com os quais a disciplina está relacionada. Estes fornecem diferentes perspectivas da enfermagem de acordo com as características do modelo. (Tomey, 2004)

As intervenções terapêuticas que foram desenvolvidas em contexto de grupo, adquiriram um significado importante durante o processo terapêutico quando compreendidas à luz das relações interpessoais desenvolvida por H. Peplau.

Na teoria das relações interpessoais desenvolvida por H. Peplau, o fenómeno de enfermagem é visualizado como um processo interpessoal cujo foco principal está centrado no enfermeiro e paciente e, na sua teoria pretende identificar conceitos e princípios que dêem suporte às relações interpessoais que se processam na prática de enfermagem de modo que as situações de cuidado possam ser transformadas em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal.

O modelo de Peplau surge através do conceito de enfermagem psicodinâmica que será capaz de compreender o comportamento de uns para ajudar outros a identificar as dificuldades sentidas, e a aplicar princípios de relações humanas aos problemas que surgem em todos os níveis de experiência.

O indivíduo vive num ambiente instável, que lhe proporciona situações de stress, daí surge uma tensão, geradora de energia que pode ser utilizada para o crescimento ou para a regressão do indivíduo. A resposta ao stress depende de vários factores inerentes ao indivíduo, a sua capacidade de resposta que depende também do estágio de desenvolvimento em que se encontra a pessoa e as experiências por que esta passou, assim como o grau de intensidade do factor stressor. (Peplau, 1992)

Esta identifica dois pressupostos essenciais: 1) o tipo de pessoa em que o enfermeiro se torna faz uma diferença substancial naquilo que cada doente irá aprender enquanto recebe os cuidados de enfermagem; 2) alimentar o desenvolvimento da personalidade no sentido da maturidade é uma função da enfermagem, uma vez que utiliza princípios e métodos que orientam o processo no sentido da resolução de problemas interpessoais. (Tomey, 2004)

Peplau refere que, mais do que ver a pessoa como a sua própria doença (sentido físico), seria analisar o significado psicológico das situações, compreender os sentimentos e comportamentos, que enquanto enfermeiros nos dá a possibilidade de explorar e incluir nas intervenções de enfermagem. Esta diz que a propósito das técnicas interpessoais é ajudar “o doente a lembrar e a compreender totalmente o que lhe está a acontecer na situação actual, de modo a que a experiência possa ser integrada em vez de dissociada de outras experiências de vida” (Peplau, 1992)

As relações e a forma como nos relacionamos com o outro descrevem determinados comportamentos que reflectem o vínculo relacional. Esta autora inclui neste processo quatro conceitos principais – Pessoa, Saúde, Ambiente, Enfermagem. Assim, o conceito de pessoa remete-nos para a nossa condição humana, reconhecendo-nos como ser que vive um equilíbrio instável; que procura saúde no sentido de promover uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária; por outro lado, a enfermagem define-se enquanto processo interpessoal, significativo e terapêutico, no qual enfermeiro e pessoa se encontram envolvidos no processo saúde-doença. Nesta concepção

encontra-se uma dimensão à qual não foi dada tanta visibilidade – o ambiente, uma vez que Peplau confere maior importância aos factores de natureza intrínseca (necessidades, frustração, conflito e ansiedade) enquanto condicionantes do processo interpessoal de enfermagem.

Ao relacionarmos estes conceitos com a intervenção de enfermagem em grupo de crianças em idade escolar, verifica-se que o conjunto de vivências e dinâmicas assenta neste processo interpessoal contínuo.

Por outro lado, descreve quatro fases da relação enfermeiro-doente que apesar de independentes sobrepõem-se e ocorrem durante o tempo de relação:

Orientação – O indivíduo tem uma necessidade sentida e procura ajuda profissional. O enfermeiro ajuda o doente a reconhecer o seu problema e a determinar a sua necessidade de ajuda; coincide com a avaliação inicial dos elementos do grupo, assim como as suas motivações, perspectivando as necessidades do grupo e da própria intervenção.

Identificação – O doente identifica-se com quem o pode ajudar (relação). O enfermeiro permite a exploração de sentimentos para ajudar o doente a passar pela doença como uma experiência que reorienta os sentimentos, fortalece as forças positivas da personalidade e fornece a satisfação necessária; ocorre a definição de objectivos da intervenção em grupo.

Exploração – O doente tenta tirar toda a valia do que lhe é oferecido através da relação. O enfermeiro pode projectar novos objectivos a atingir através do esforço pessoal e deslocações do poder do enfermeiro para o doente, à medida que o doente retarda a gratificação para atingir os objectivos recém-propostos; na intervenção de enfermagem em grupo identifica-se o potencial do grupo, onde as experiências emocionais vividas estão sujeitas a contenção e transformação.

Resolução - o doente coloca, gradualmente, de parte objectivos antigos e adopta novos. Este é um processo no qual o doente se liberta da identificação com o enfermeiro. Nesta fase só é possível concluir a intervenção quando as etapas anteriores foram experienciadas de forma adequada, o que implica progresso e transformação, quer os objectivos e expectativas iniciais sejam concretizados ou não. (Tomey, 2004)

Da mesma forma que Peplau aborda as relações interpessoais também Yalom refere a construção do mundo individual da criança através das interacções com os outros. Assim, as últimas três fases descritas por Peplau podem ser associadas aos três estágios referidos por Yalom.

Na fase de identificação é possível definir objectivos orientadores da intervenção em grupo, Yalom diz que no estágio de orientação os elementos do grupo procuram ser aceites pelo mesmo.

Durante a fase de exploração identifica-se o potencial do grupo / contenção e transformação das experiências emocionais vividas, no estágio de conflito os elementos preocupam-se com o poder que exercem dentro do grupo.

Na fase de resolução ocorre a libertação da identificação com o enfermeiro e, se as etapas anteriores tiverem sido vividas de forma segura verifica-se progresso e transformação nas pessoas e suas relações; no estágio de coesão o grupo transforma-se numa unidade coesa, os seus membros conseguem comunicar de forma mais eficaz verbalizando experiências de ordem pessoal e afectiva, com uma menor participação do terapeuta o grupo passa a ser auto-dirigido.

É possível verificar que em ambas predomina a evolução das relações interpessoais estabelecidas, desta forma numa fase inicial os elementos do grupo conhecem-se e são definidos alguns princípios de funcionamento do grupo, numa segunda fase ocorre um processo de transformação onde as experiências emocionais são protagonistas e o papel de cada um dentro do

grupo começa a ser definido, na fase final o grupo torna-se coeso no sentido em que conseguem expressar vivências mais pessoais.

Para um relacionamento interpessoal satisfatório, torna-se necessário que os enfermeiros estejam atentos às suas próprias necessidades e desenvolvam um processo de auto-conhecimento, pois é difícil interagir com o outro sem sermos capazes de nos compreendermos a nós mesmos enquanto pessoas. (Almeida et al, 2005)

3 – Finalidades e Objectivos

O objectivo principal do estágio: desenvolver intervenção terapêutica de grupo com crianças em idade escolar classificadas com perturbação do comportamento, e como objectivos específicos:

- Identificar alterações do comportamento em crianças em idade escolar classificadas com perturbação do comportamento;
- Identificar alterações do humor em crianças em idade escolar classificadas com perturbação do comportamento;
- Desenvolver competências psicoterapêuticas e socioterapêuticas em terapia de grupo;
- Avaliar os resultados da intervenção terapêutica de grupo com criança em idade escolar classificadas com perturbação do comportamento.

O relatório pretende descrever a intervenção terapêutica desenvolvida com um grupo de crianças com perturbações de comportamento da linha do agir – auto e heteroagressividade; descrever os contextos (hospitalar e comunitário) onde o estágio foi realizado; identificar a formação adquirida ao longo do mesmo, quer em termos profissionais, quer em termos pessoais e, identificar a aquisição de competências inerentes à especialidade de enfermagem em saúde mental e psiquiatria.

PARTE II

4 - Plano e Implementação do Projecto

4.1 – O Grupo

“O grupo é a vida aqui e agora, na multiplicidade de laços que cria, na complexidade de problemas de que trata, vive e experimenta. É uma proposta de como a vida ocorre e se oferece à nossa compreensão”. (Ribeiro)

A intervenção em grupo teve início em Outubro de 2010 na clínica do parque – área de pedopsiquiatria da infância e da adolescência, com o objectivo da prestação de cuidados diferenciados de saúde mental em regime de ambulatório.

O desenvolvimento da intervenção terapêutica pretendia contemplar crianças em idade escolar com perturbações do comportamento (nomeadamente da linha do agir – agressividade).

Ao estudar o comportamento de uma criança observamos o processo de definição da sua personalidade. A observação do comportamento implica a avaliação não só do grau de desvio em relação ao que seria adequado à idade, à norma culturalmente esperada, mas também é medida no que se refere às implicações potenciais para o desenvolvimento posterior da criança e da sua habilidade em partilhar da realidade social na qual ela irá operar. (Chess, 1982)

Klein (1952) citada por Sá (2003), resume da seguinte forma as alterações características deste período: “A relação com os pais torna-se mais segura; a representação interna das figuras parentais aproxima-se dos pais reais; os seus padrões, as suas advertências e proibições são aceites e introjectados, tornando-se assim mais eficaz o recalçamento dos desejos/pulsões

edipianos...” tudo isto representa o auge do desenvolvimento do supereu, como resultado de um processo que decorre desde o primeiro ano de vida”.

Das crianças em idade escolar, 2% a 10% apresentam alterações de comportamento. (DSM-IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais)

Estudos internacionais apontam para uma prevalência de cerca de 5% das Perturbações de Comportamento em Idade Escolar, com predomínio no sexo masculino. Nesta faixa etária destacam-se os comportamentos heteroagressivos. (WHO, 2005)

Desta forma, o grupo foi constituído inicialmente por 5 rapazes com idades compreendidas entre os 11-12 anos (apesar de um dos elementos já ter completado 13 anos), com escolaridade entre o 5º e o 8º ano. Posteriormente foi integrado um novo elemento (11 anos), 4 meses após o início do grupo.

Segundo Wong (2006), a segunda infância ou período escolar engloba as crianças com idades compreendidas entre 6-11/12 anos. Nesta fase ocorre uma descentração completa do pensamento que permite uma descentração social e formam-se determinados conceitos como: a amizade, relação de pares, conceito do self e do outro, noção de justiça; tendo estes repercurssões na vivência familiar e escolar.

É no seio de um grupo – o grupo familiar – que a criança nasce e se desenvolve. A sua evolução depende, em grande parte, das relações interpessoais e vivências passadas no contexto deste primeiro grupo. Mesmo quando mais tarde se separa da família, transporta-a dentro de si, numa representação interna mais ou menos securizante e que influenciará o seu modo de se relacionar com os outros (incluindo vários grupos: o escolar, o de pares, o socioprofissional) e consigo própria. (Sá, 2003)

A intervenção terapêutica em grupo desenvolve-se a partir das tensões que os terapeutas e as crianças identificam na relação que estas estabelecem com os pais, professores e pares. Para dar resposta às tensões/conflitos as crianças desencadeiam respostas humanas, que nem sempre se apresentam eficazes para resolver os problemas (têm em conta o estágio de desenvolvimento e experiências anteriores). Os enfermeiros recorrem a mediadores (expressivos) da relação; que permite às crianças desenvolver novas respostas humanas a problemas identificados ou respostas eficazes que as crianças já desenvolvem a novos problemas.

As sessões de grupo, a decorrerem semanalmente (quinta-feira – 14h30-16h), permitem o desencadear de um processo de crescimento/ conhecimento entre os diferentes elementos do grupo, que podem ser apresentados através das suas características pessoais, tendo sido mobilizadas algumas informações através do processo clínico, assim como da observação das crianças em grupo e com os próprios pais e, também através de algumas reuniões com outros terapeutas (Terapeuta Familiar) que reúne com o grupo de pais no final das sessões tentando perceber o funcionamento familiar destas crianças.

V.

11 Anos, 5º ano de escolaridade

Filho único, pais separados, difícil relação com a mãe que apresenta grande dificuldade em lidar com o comportamento do seu filho; manifesta dificuldade em estabelecer relações afectivas com o filho. Afirma frequentemente que não compreende as suas atitudes. O pai, um homem que se encontra ausente, visitando o filho esporadicamente.

O V. refere com frequência que o seu pai não tem tempo para estar com ele e que raramente o vê, o que lhe causa angústia e tristeza.

Na escola apresenta problemas de aprendizagem, verificando-se instabilidade (agitação, dispersão, comportamento de oposição e agressão). Com desenvolvimento físico acima da média para a idade (muito alto e robusto), em situação de contacto interpessoal, aproxima-se desadequadamente:

procurando o contacto físico, com dificuldade em perceber os limites na relação, procura invadir o espaço dos que o rodeiam, inverter as regras, trocar papéis. Revela uma desorganização do mundo interno, que se traduz em afectos e emoções sem contornos definidos.

H.

11 Anos, 5º ano de escolaridade

Tem um irmão de 5 anos.

A mãe, uma mulher protectora com dificuldade em promover a autonomia do seu filho, substituindo-o nas actividades diárias (higiene, vestuário, alimentação...), dorme frequentemente com a mãe.

O pai, frequentemente desempregado e com comportamentos entendidos como agressivos e violentos pelos outros elementos da família, tem dificuldade no desempenho do papel de pai.

Na escola, o H. apresenta um comportamento agressivo, rebelde, forte agitação psicomotora, ansiedade e dificuldade de concentração, sem perspectivas de futuro, indiferente aos sentimentos dos outros, este ano está prestes a chumbar por faltas disciplinares.

No grupo, com aparência calma, mas com ansiedade latente, com um humor mordaz, por vezes aparenta ter prazer com o sofrimento do outro.

Apresenta esporadicamente enurese e encoprese diurna e nocturna.

I.

11 Anos, 6º ano de escolaridade

Filho único de pais que manifestam conflitos, pais separados (mãe vítima de violência doméstica)

Relação próxima/ de cumplicidade com a mãe, aceita o actual namorado desta
Relação distante com o pai; homem agressivo, pouco flexível. Actual relação da qual tem mais dois filhos.

O T. tem uma relação de conflito com a madrasta, a qual tem um carácter ciumento, fazendo-o sentir frequentemente desconfortável. Boa relação com os irmãos.

É introvertido, tímido, observador, com dificuldade em falar de si e dos seus sentimentos, assim como em demonstrar emoções, baixa tolerância à frustração.

Excelente aproveitamento escolar, sem qualquer dificuldade de aprendizagem com várias actividades extracurriculares, nomeadamente na área da música. Actualmente mais participativo, consegue enfrentar as situações, segundo a mãe já consegue responder ao pai sem demonstrar medo.

G.

11 Anos, 7º ano de escolaridade

Vive num meio não urbano.

Tem um irmão mais novo. Vive com os pais com os quais tem uma boa relação. Mãe insegura (relação de conflito com o sogro); Pai atento, presente.

Identifica-se muito com o avô paterno, realizando diversas actividades no campo (plantar uma horta); passa muito tempo em casa do avô com o qual realiza passeios.

Apresenta um olhar vivo, inquieto, curioso com o que se passa à sua volta.

Fala facilmente sobre si e as suas preocupações. Sente-se incomodado com o facto de os outros não o compreenderem nomeadamente no ambiente escolar.

Com agitação psicomotora reage de forma agressiva quando provocado.

Sem dificuldades de aprendizagem, apresenta aproveitamento escolar razoável.

Recusa falar sobre questões como a morte ou sexualidade.

Actualmente refere sentir-se diferente, com maior necessidade de pensar/reflectir sobre as situações que lhe acontecem e, a forma como reage perante as mesmas.

D.

13 Anos, 8ºano de escolaridade.

Filho único.

Mãe com perturbação psiquiátrica; Pai ausente.

Forte ligação afectiva com a tia-avó paterna.

O D. é inseguro, ansioso, com um olhar triste, com traço depressivo de fundo. Muito vulnerável, não tolera o conflito, dificuldade em se impôr. Baixa auto-estima, tem uma aparência frágil para a idade, não gosta/não se identifica com a sua imagem corporal.

Na escola não se identifica com os colegas, é frequentemente gozado e maltratado (vítima de bullying). Culpabiliza-se pelas situações, isola-se. Não tem problemas de comportamento, sem dificuldades de aprendizagem, tem bom aproveitamento escolar.

Nota: mais seguro desde que frequenta o grupo.

DI.

11 Anos, 6º ano de escolaridade

Pais separados. Mãe de aparência frágil, insegura. Pai toxicodependente, ausente. Forte ligação afectiva com o avô paterno, que o acompanha frequentemente.

O DI apresenta um olhar muito vivo e expressivo, adere facilmente ao contacto interpessoal. Evidencia uma agitação psicomotora constante e uma ansiedade sempre presente, com agressividade latente.

Integrou o grupo numa fase mais tardia (4 meses após o seu início), mas adaptou-se facilmente, identificando-se com os outros elementos do grupo.

Com grande capacidade criativa/imaginação, conta histórias/anedotas que captam a atenção.

Evita o conflito, reagindo com alguma ansiedade sempre que estas situações surgem.

Ao descrevermos as características das crianças deste grupo, incluímos também as relações familiares, assim como as vivências em ambiente escolar, fundamentais para o seu desenvolvimento psicossocial.

Segundo Marques et al (2009) mais do que cada factor de risco isolado é a acumulação e a interacção entre vários factores de risco que mais parece influir na génese das perturbações do comportamento.

Ainda assim, podemos destacar como principais factores de risco: disfunção familiar (experiências traumáticas e carenciais precoces; exposição a situações de violência e maus tratos, situações de elevada conflitualidade intrafamiliar; alternância aleatória entre rigidez excessiva e ausência de controlo/limites); doença mental/comportamentos aditivos dos pais; baixo nível sócio-económico; temperamento difícil da criança; situações de vulnerabilidade somática da criança, em particular aquelas que diminuem a capacidade de controlo de impulsos (epilepsia, lesão cerebral); dificuldades de aprendizagem. (Marques et al, 2009)

A relação da criança com os seus pais ou outros prestadores de cuidados, durante a infância tem um carácter crítico. Seja qual for a causa específica, a criança privada de um envolvimento afectivo tem mais probabilidades de sofrer perturbações de comportamento.

As perturbações do comportamento caracterizam-se pela presença de padrões recorrentes e persistentes de: dificuldade de aceitação de regras; actos agressivos desencadeados frequentemente por situações de frustração; comportamentos anti-sociais, de violação dos direitos básicos dos outros, com gravidade variável (roubos, mentiras, fugas, destruição de propriedade, agressão de pessoas e animais). (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009)

Nesta fase a ligação estabelecida com os pais/cuidadores é essencial para a evolução da capacidade emocional e relacional das crianças. Assim, o papel

destes no desenvolvimento da criança em idade escolar é fundamental uma vez que influencia o desenvolvimento das competências sociais das crianças.

Durante o estágio foi possível observar diversas crianças e a sua relação com os pais. Verificou-se que quer no internamento, quer em ambulatório, o comportamento destas era influenciado pela qualidade da relação pais-filhos (padrões de vinculação); os comportamentos parentais e os pensamentos parentais (cognições e crenças). (Ladd & Golter, 1988 citados por Alves, 2006)

Neste grupo de crianças verifica-se que as relações familiares são frequentemente conflituosas e/ou inseguras. O que reflecte alguns comportamentos, por exemplo, enquanto o D. recorre ao isolamento, demonstrando tristeza e um quadro depressivo, com dificuldades na relação com o outro; o H. recorre à agressividade e impulsividade durante as aulas com colegas e professores, o que conduz ao insucesso escolar.

Existem dois tipos de problemas de comportamento: internalizados e externalizados. Os primeiros, manifestam-se através de um conjunto de sintomas como a timidez, o isolamento social, a ansiedade, as perturbações somática, a tristeza e o humor deprimido. Os problemas externalizados incluem comportamentos hostis, agressividade, impulsividade, o desafio e comportamentos anti-sociais. (Lemos, 1997 citado por Lisboa, 2005)

Ao fazer referência à agressividade é possível afirmar que é um comportamento que ofende ou tem o potencial de ofender outra pessoa. Pode ser um ataque físico (bater, morder) ou verbal (gritar, depreciar). Este comportamento nocivo aos outros é considerado agressão principalmente quando a criança está consciente da sua capacidade de ferir alguém. (Silveira, 2003 citado por Sousa 2005)

Segundo Patterson et al (1992), o desenvolvimento do comportamento anti-social é marcado por uma sequência mais ou menos previsível de experiências: as práticas ineficientes dos pais são vistas como determinantes

do problema de comportamento na criança; na idade escolar, essa conduta comportamental infantil leva ao fracasso acadêmico (desobediência e falta de auto-controle pela criança, tornam-se um obstáculo à aprendizagem) e à rejeição pelos colegas (provocada por comportamento agressivo e coercivo).

Ramirez (2001) citado por Sousa (2005), apresenta quatro grupos principais de factores que favorecem o desenvolvimento da agressividade na infância: biológicos, ambientais, cognitivo-sociais e de personalidade. Existem estudos que confirmam a predisposição biológica para a agressividade, verificando-se que no sexo masculino a evidência de condutas agressivas é superior.

Os factores ambientais parecem ter maior relevância sendo de salientar o papel da família, uma vez que as condutas anti-sociais geradas entre membros da família vão servir de modelo ao comportamento das crianças, por um processo de generalização dessas condutas.

No âmbito escolar, este fenómeno faz-se sentir nas condutas anti-sociais (conflitos, furtos, desobediência) na exclusão do grupo e no insucesso escolar.

Por outro lado, os factores cognitivo-sociais relacionam-se com as condutas agressivas e exprimem-se na dificuldade em agir e pensar perante problemas interpessoais. A agressividade é entendida como o produto da rejeição por parte do grupo social, levando ao isolamento e à ausência de interacção social necessária ao desenvolvimento de competências sociais.

Em relação aos factores da personalidade e ainda segundo o mesmo autor, as crianças agressivas parecem ter uma tendência para a psicose, traduzindo-se na despreocupação com os outros e no prazer de os enganar e ridicularizar. Desta forma está patente um sentimento de crueldade e insensibilidade perante os problemas, havendo dificuldade nas ligações íntimas.

Assim, é possível referir que as crianças que fazem parte do grupo terapêutico que ainda se encontra a decorrer, apresentam alterações de comportamento,

com quadro de ansiedade, depressão, hiperactividade, agressividade, têm histórias de rejeição ou indisponibilidade emocional por parte dos seus cuidadores.

E, se inicialmente apresentavam dificuldade em exteriorizar os seus sentimentos, canalizando a angústia para reacções agressivas, nesta fase conseguem verbalizar o que a ausência dos pais lhes provoca, são frases como: “o meu pai nunca tem tempo para mim...” que revelam esse sentir.

Tanto as interacções da criança como o ambiente com o qual ela interage aumentam em complexidade. Relacionamentos mais independentes com adultos e crianças fora da família são desenvolvidos, assim como as ideias e estruturas de organização interpessoal, que ampliam a experiência da criança e desafiam a sua avaliação das concepções aprendidas e representadas pela família. (Lewis & Wolkmar, 1990)

No seu percurso de abertura ao mundo, a criança da latência vai adquirindo também novas competências intelectuais, potenciando o juízo crítico, a capacidade perceptiva, o raciocínio lógico, num processo de crescentes possibilidades de perceber e interagir com a realidade. De facto, o crescente predomínio dos fenómenos mentais ligados ao processo secundário com destaque para o pensamento lógico, viabiliza à criança uma significativa melhoria nas capacidades de juízo crítico em relação aos dados da vida exterior, bem como de si própria e dos outros. O prazer inerente à nova curiosidade da criança, que a lança para o tecido exterior, facilita e reforça o processo de autonomização em relação às figuras parentais, permitindo, com baixos custos afectivos, a separação inerente à entrada na escola. (Sá, 2003)

O ambiente escolar é fundamental para o sucesso do desenvolvimento na idade escolar. O funcionamento da escola, como suporte para o desenvolvimento de cada criança pode ser conceituado como uma questão complexa de adaptação entre a criança, a família e a escola. Os aspectos da adaptação incluem a existência ou não, de congruência entre as expectativas

da criança e suas capacidades, entre os objectivos de educação da escola e da cultura dominante na família, entre os padrões de excelência do sistema escolar e as expectativas de género, e entre a moral social dominante e as recompensas experimentadas pela criança e a família. (Lewis & Wolkmar, 1990)

No decorrer do período escolar, a criança terá de confrontar-se com grandes tarefas desenvolvimentais, que envolvem sentimentos de auto-eficácia e de confiança em si. É também neste período que se irão desenvolver as relações de amizade e cumprir importantes tarefas académicas (Cummings et al, 2000 citado por Lisboa, 2005)

As crianças em idade escolar parecem ter já interiorizado a cultura local das emoções, aprendendo a lidar com as emoções de uma forma adaptativa. Começam a utilizar estratégias de resolução de problemas para lidarem com as emoções, mas ainda recorrem ao evitamento e afastamento quando sentem pouco controlo sobre a situação, reconhecendo o recurso à emotividade negativa, expressa através da agressividade como uma das piores estratégias. (Saarni, 1997)

O período escolar é crucial para o desenvolvimento do auto-conceito e da percepção de competência social, muito alimentada pela comparação com os outros. A entrada para a escola é fundamental para o reconhecimento da criança enquanto elemento que pertence a um grupo, e que implica uma interacção com os seus pares, por outro lado, o seu comportamento depende também da qualidade das relações estabelecidas. (Abe & Izard, 1999)

A emergência de emoções sociais facilita este processo de comparação social e as experiências afectivas contribuem significativamente para a criação de uma imagem de si mesmo (Abe & Izard, 1999).

Ao longo do desenvolvimento, a criança progride na sua compreensão da origem das emoções, passando de uma concepção baseada em factores

externos, em que as emoções são vistas como fazendo parte das situações que as provocam, para uma concepção baseada em factores internos, em que as emoções são encaradas como dependendo em grande parte das memórias, pensamentos e atitudes daqueles que as experienciam. (Sá, 2002)

Os estudos mostram que várias facetas do conhecimento emocional, como a percepção de pistas emocionais em situações de conflito, capacidade para identificar e nomear sinais de expressões emocionais e, a capacidade para identificar as causas e as reacções a determinadas emoções parecem predizer a aceitação pelos pares. (Cassidy et al, 1990 citado por Lisboa, 2005)

As relações que se estabelecem ao longo do período escolar, parecem ser mais estáveis e recíprocas. Fazer amigos e manter relações de amizade é sem dúvida, a aquisição mais significativa desta etapa no domínio social. Estas relações fornecem à criança oportunidades de socialização a que ela não teria acesso por si só, sobretudo o que diz respeito à regulação mútua e à resolução de conflitos (Hartup, 1992 citado por Lisboa, 2005)

5 – Actividades Desenvolvidas

5.1 - Integração / Evolução do Grupo

Nas primeiras sessões de grupo em que os elementos se conheceram, verificou-se que apesar de apresentarem características muito diferentes entre si, se integraram com relativa facilidade no mesmo, participando em todas as actividades propostas, de forma entusiasta manifestando alguma agitação. Referiram a necessidade de se sentirem confortáveis no grupo, num ambiente tranquilo sem conflitos.

No início da formação do grupo terapêutico foi possível perceber a necessidade destas crianças em se sentirem integradas, compreendidas e aceites pelos restantes elementos do grupo.

Apesar de numa primeira fase não terem a capacidade de exteriorizar emoções e expressar sentimentos, verbalizam constantemente a importância dos momentos vividos em grupo, ainda que nem sempre conseguissem explicar porquê. As conversas sobre a escola são uma constante, não só sobre o desempenho académico como também a relação com colegas e professores, temas estes que representam uma fonte de preocupação. Numa fase mais avançada do grupo, alguns elementos começam a referir que se sentem diferentes, que ocorreu uma transformação, as atitudes já não são as mesmas, referindo que esta é uma fase importante.

A insegurança demonstrada pelo D. prende-se com o facto deste não se conseguir integrar na turma, sendo vítima dos colegas em várias situações. A sua baixa auto-estima, traduz-se num comportamento tímido, um fâcies triste e crescente ansiedade perante determinadas situações.

O H. apresenta um comportamento agressivo como forma de se afirmar perante os outros, com um papel de líder na sua turma, mas promovendo o afastamento dos colegas na medida em que os intimida. Baixa tolerância à

frustração, responde aos professores de forma incorrecta sempre que contrariado.

G. apesar de gostar do ambiente escolar, sente que nem sempre é compreendido, e quando provocado pelos colegas reage de forma mais violenta. Consegue admitir que este não é o modo mais correcto de agir, mas refere que ainda não encontrou outra estratégia.

T., com a sua personalidade introvertida faz com que se afaste dos conflitos, procurando um bom relacionamento com os colegas.

V., tem dificuldade em identificar limites, invade com frequência o espaço do outro, o que origina o afastamento dos colegas. Baixa tolerância à frustração, sempre que as situações não correm como espera, reage de forma violenta.

DI., ansioso, inquieto, tem atitudes agressivas quando é provocado pelos colegas ou contrariado pelos professores.

Os momentos iniciais da formação do grupo são de extrema importância, não só para os elementos que o compõem se conhecerem mas também porque são estabelecidas algumas regras/princípios, ou seja a cultura do grupo, criada pelo líder onde ocorrem interações vigorosas, honestas e efectivas (Yalom & Vinogradov, 1992)

Chapelier (1995) citado por Sá (2003), refere alguns pontos relativos à função socializante dos grupos, na medida em que o funcionamento com os outros; a aprendizagem da mutualidade, a fraternidade e valores culturais; assim como a passagem pelo campo social, logo pela simbolização e, a aprendizagem da realidade constituída por regras e interditos, permite o confronto com a frustração.

O grupo funciona, assim, como entidade reguladora e homogeneizadora de um supereu muito “preso” às características primárias do quadro familiar, conduzindo-o a uma maior abrangência e adequação social. (Sá, 2003)

Ao integrar um grupo terapêutico a criança tem a possibilidade de viver determinadas experiências que na sua vida social diária não são aceites, tornando-se um espaço privilegiado, que lhes permite aprender a pensar e, reflectir sobre os seus comportamentos e relações afectivas. Este é então um contexto com regras e princípios diferentes de outros grupos, como a escola; onde é possível exteriorizar sentimentos e emoções frequentemente reprimidos.

5.2 – Reflexão sobre as Dinâmicas de Grupo

A experiência vivida em grupo tem sido fundamental para o crescimento pessoal e profissional e, essencial para compreender a importância terapêutica para as crianças que o constituem. Com as sessões de grupo, têm surgido muitas questões e, a forma como estes momentos têm sido vividos e sentidos tem sido fundamental para uma reflexão mais profunda.

Assim, foram definidos como objectivos da Intervenção:

- Favorecer o desenvolvimento de competências que lhes permita gerir comportamentos e estabelecer relações significativas;
- Proporcionar momentos de vivência e reflexão sobre questões que os preocupem (família, escola/professores, pares);
- Criar um espaço de interações pessoais que permitam exteriorizar sentimentos e emoções.

Nas primeiras sessões de grupo em que os elementos se conheceram, verificou-se que apesar de apresentarem características muito diferentes entre si, se integraram com relativa facilidade no mesmo, participando em todas as actividades propostas de forma entusiasta. Referiram a necessidade de se

sentirem confortáveis no grupo, num ambiente tranquilo, sem conflitos. Sendo que nesta primeira fase foram apresentadas e definidas as regras de funcionamento do grupo.

No decorrer da 3ª sessão foi integrado um novo elemento no grupo (G.). De uma forma geral, os restantes elementos do grupo acolheram bem este novo elemento: apresentaram-se e explicaram de forma breve como tinham decorrido as sessões anteriores, descrevendo os objectivos e normas de funcionamento do grupo. Verificou-se que o grupo fez apenas uma breve pausa no fluxo de trabalho e rapidamente colocou o novo membro no fluxo de interacções. (Yalom & Vinogradov, 1992)

À medida que o grupo foi evoluindo e através dos diversos jogos de caracterização pessoal, expressão dramática, plástica e corporal, foi possível verificar como os elementos se identificam e os seus comportamentos em determinadas situações, nomeadamente na família e na escola (professores/pares).

Assim, o grupo é o resultado da dialéctica entre a história do grupo e a história dos integrantes do mesmo, com seus mundos internos, suas projecções e transferências no caminhar da história da sociedade em que estão inseridos. Um grupo não é um somatório de pessoas, mas uma entidade com mecanismos específicos, próprios e com leis, no qual todos os integrantes estão unidos para o alcance de um objectivo comum. (Spadini & Souza, 2006)

Desta forma, é possível afirmar que o grupo é atravessado por territórios individuais, sociais e culturais, bem como por motivações, anseios, projectos, mitos e valores. A convivência nesse espaço germinativo possibilita movimentos de diferenciação e de organização das partes em posições sociométricas, redes afectivas e diferentes status atribuídos a cada um nas constelações relacionais. (Marra & Fleury, 2008)

Ainda numa fase inicial do grupo constatou-se que a partilha de sentimentos e emoções em relação a si próprio e aos outros, revela ainda alguma dificuldade de expressão. Por outro lado, a realização de jogos de confiança demonstrou por parte de um dos elementos do grupo (D.), a sua dificuldade em confiar nos outros, apresentando um fâcies triste e fechado, recusando falar sobre o assunto.

A necessidade de aceitação e segurança interpessoal é tão crucial para a sobrevivência da criança em desenvolvimento, quanto qualquer necessidade biológica básica. Para garantir e promover esta aceitação interpessoal, a criança acentua aqueles aspectos do seu comportamento, que encontram aprovação ou atingem os fins desejados e suprime aqueles aspectos que geram punição ou desaprovação (Yalom & Vinogradov, 1992)

Na 10ª sessão e, portanto numa fase intermédia da intervenção foi proposta a realização dos sonhos de cada um. Começa a notar-se uma maior capacidade para exteriorizar objectivos ainda que com algumas limitações, pois nem todos os elementos do grupo têm a mesma capacidade para tal e, por isso não conseguem imaginar o que gostariam de realizar no futuro. Os sonhos reportam essencialmente as suas necessidades de relacionamento interpessoal.

Segundo Yalom (1992), a criança constrói um mundo individual que pode ser reconstruído através das interacções com os outros. Este mundo refere-se à noção que cada um de nós tem numa vida imaginária, ou mundo da mente, onde existe uma constante relação entre todas as figuras importantes, nomeadamente figuras parentais e experiências do mundo externo.

No decorrer da 13ª sessão foi apresentado o DI como novo elemento do grupo. Verificou-se grande entusiasmo por parte dos outros elementos, com necessidade de se evidenciarem.

Neste caso é possível afirmar que o recém-chegado serve como novo estímulo interpessoal e pode dar nova vida a um grupo que começou a tornar-se repetitivo. Os novos elementos que entram num grupo já em andamento necessitam não apenas da preparação habitual para a terapia de grupo, mas também de preparação específica que os ajude a lidar com as tensões próprias que acompanham o ingresso num grupo já formado. (Yalom & Vinogradov, 1992)

Neste estadio, começam a identificar-se algumas cumplicidades que promovem a formação de subgrupos.

Um subgrupo surge da crença de dois ou mais membros de que podem obter mais gratificação de um relacionamento uns com os outros do que de um relacionamento com todo o grupo. Este processo pode paralisar o trabalho de grupo de um modo subtil mas poderoso e, o terapeuta deve estar alerta para a sua ocorrência e estar pronto para confrontá-lo. Os membros de um subgrupo podem ser reconhecidos por um notável código comportamental. Concordam uns com os outros não importando a questão e evitam confrontos entre si; trocando olhares significativos, quando outro membro se expressa. (Yalom & Vinogradov, 1992)

Ainda assim, neste grupo verifica-se que por exemplo o V., DI e H, se aliam para ironizar e remeter para os outros elementos do grupo algumas situações, de forma a que não tenham de falar sobre si próprios, apresentando muitas dificuldades em exteriorizar sentimentos e emoções. Surgem deste modo conflitos e gera-se um clima de tensão entre todos os elementos do grupo.

O conflito é inevitável no curso do desenvolvimento de um grupo. Pode, frequentemente, ser sinalizado inicialmente pela presença de subtis interações interpessoais negativas, que vão desde o ligeiro sarcasmo até piadas de mau-gosto, críticas condescendentes e ignorar os comentários do outro. Um nível razoável de confrontação, raiva e resolução do conflito pode oferecer uma experiência carregada de aprendizagem afectiva para os

membros do grupo. Os líderes devem intervir vigorosamente para manterem o conflito dentro de limites construtivos. O objectivo do terapeuta é ajudar cada membro a aprender algo a partir da raiva, na interacção com os outros elementos do grupo. (Yalom & Vinogradov, 1992)

“O jogo decorreu de forma natural e com tranquilidade até que o Enfermeiro R. reparou que o G. se tinha zangado durante o mesmo. Foi então interrompido o jogo e o grupo voltou a sentar-se em círculo para se falar sobre o ocorrido. O G. cabisbaixo, triste, zangado e com fâcies fechado não quis falar. Foi então que o H. e o V. disseram que o tinham gozado. O H. mostrou-se indiferente aos sentimentos do G., com observações irónicas e um pedido de desculpas quase por obrigação, com risos de gozo como se tirasse algum prazer de toda aquela situação. O V. por seu lado, referiu que não tinha sido com intenção de magoá-lo, mas quando pediu desculpa foi num registo semelhante ao do H. O G. ficou triste, mesmo quando terminou a sessão, foi como se o problema não estivesse resolvido. Verificou-se um ambiente de tensão entre os elementos do grupo”...

Segundo Yalom & Vinogradov, este corresponde ao segundo estágio em que os seus membros procuram verificar se exercem ou não algum poder dentro do grupo. Peplau (1992) identifica esta fase como de exploração em que é possível identificar o potencial do grupo, contenção e transformação das experiências emocionais vividas.

Bion (1962) remete o conhecimento, actividade promovida pela sublimação e tão activa na latência para a esfera emocional, a partir do seu conceito aprender com a experiência. Conhecer é possível, de acordo com o autor, em função do estabelecimento de vínculos emocionais e por identificação introjectiva com figuras significativas.

Por outro lado, para Bion, a actividade do conhecer encontra-se intimamente ligada à actividade de pensar. Ora, a situação grupal, ao desenvolver na criança a capacidade em estabelecer vínculos emocionais/afectivos, implícitos nas relações com outros e nas ligações inerentes ao próprio processo de

imaginar/criar, facilita-lhe o acesso à criação na mente de uma função vinculativa que dê sentido às experiências emocionais. (Sá, 2003)

Na sessão que decorreu antes das férias da Páscoa, alguns dos elementos do grupo resolveram partilhar alguns sentimentos, comuns sob vários aspectos.

“O G. referiu que tinha ido à escola e ocorreu uma situação de conflito com um colega, o que o levou a ser agressivo com este. Esta era uma situação que já não ocorria há algum tempo, pelo que se mostrou preocupado. Referiu que não sabe até que ponto a medicação lhe faz efeito porque não sente nada; acha que talvez o possa ajudar, mas que quando tem de acontecer alguma coisa, não se consegue controlar. Por outro lado, sente que está a mudar, que está diferente. As suas reacções perante determinadas situações já não são as mesmas. Mostrou-se apreensivo, mas reconhece que esta mudança é importante.

O DI também concordou, referiu que só a medicação também não é suficiente porque por vezes não se consegue controlar.

Todos ficaram pensativos e por momentos silenciosos. Acabaram por concordar e dizer que o grupo também tem sido importante para se sentirem mais seguros e capazes de enfrentar as situações.

O H. referiu que também tinha tido uma situação de conflito na escola, e por isso tinha um hematoma (região frontal). Disse que tinha sido provocado por um colega e reagiu de imediato de forma agressiva, da mesma forma que o outro tinha reagido consigo. Mostrou-se pouco preocupado com o que aconteceu, parecendo até indiferente”.

A coesão é um factor terapêutico cuja natureza e papel no grupo muda com o passar do tempo. Inicialmente a coesão do grupo reflecte-se no apoio e aceitação entre os membros e, por último torna possível aos membros do grupo examinarem várias tensões, tais como questões de confronto e conflito, essenciais à aprendizagem interpessoal; permitindo também algumas revelações mais íntimas. (Yalom & Vinogradov, 1992)

“No final da sessão o grupo foi questionado sobre o que sentiam/pensavam em relação às sessões vividas todas as semanas: D. disse que o fazia sentir-se bem, que pensava nas coisas e ganhava mais confiança/segurança; G. gosta muito do grupo, mas às vezes acontecem situações que o fazem ficar zangado; DI referiu que apesar de se encontrar no grupo há menos tempo, tem sido importante, que se tem sentido bem; T. com dificuldade em desenvolver o tema, apenas disse que se sente bem”.

A terapia de grupo com crianças tem-se revelado capaz de potenciar a auto-estima e as competências de relacionamento interpessoal das crianças envolvidas, podendo estas variáveis ser determinantes para a resolução do problema de base. Partindo de uma relação encorajadora, que promova a partilha de informação e de experiências e, através de um feedback e suporte constantes, as dimensões sociais e emocionais da criança não devem ser menosprezadas enquanto alvos, assim como os objectivos implícitos neste tipo de intervenção. É ainda de salientar que, a coesão de grupo torna as crianças capazes de manifestar preocupações e sentimentos, ao mesmo tempo que aumenta o seu insight acerca de si próprio e da problemática que lhe está inerente.(Bastos & Rebelo, 2008)

Nesta fase é possível fazer uma avaliação intermédia do grupo. Assim, verificam-se nesta altura algumas diferenças no comportamento dos diferentes elementos:

O V. imaturo, agitado, ansioso, começa agora a exteriorizar algumas emoções que estiveram contidas desde o início, projectando nos outros as suas dificuldades, não conseguindo ainda controlar de forma eficaz a sua agitação;

H. inicialmente muito controlado, procurando a descrição, não se envolvendo em conflitos; começa agora a apresentar um comportamento anteriormente descrito pelos professores como provocador, com discurso mais agressivo, indiferente aos sentimentos dos outros, e que ainda não tinha sido

exteriorizado em grupo, mantém dificuldades não conseguindo ainda controlar de forma eficaz a sua agitação;

G. mais ponderado nas suas atitudes, pensativo em relação a si e às suas reacções, refere sentir-se diferente, e apesar de achar que é positivo, tem a sensação de que nem sempre vai conseguir controlar-se e isso preocupa-o;

T. inicialmente tímido, reservado, observador mas pouco falador, mostra-se agora mais participativo nas actividades de grupo, mais interactivo com os outros elementos entrando em brincadeiras e lutas das quais anteriormente se afastava, nas conversas mostra-se interessado e intervém com frequência e de forma assertiva;

D. ansioso, inseguro, com baixa auto-estima, tímido, com necessidade de se afirmar perante os outros, com alguma dificuldade em confiar no outro, ele próprio refere já ter tido várias desilusões com as pessoas, neste momento apresenta-se mais confiante, a emitir opiniões e a dar sugestões durante as sessões do grupo, expressa os seus problemas de forma espontânea sem o receio do que os outros possam pensar de si;

DI, agitado, ansioso, impaciente, impulsivo, admite dificuldade em se controlar, demonstra necessidade de falar sobre si e os seus problemas, com pouca capacidade de expressar sentimentos e emoções, apresenta alguma agressividade latente.

Começa a verificar-se a formação de subgrupos, com alguma cumplicidade entre alguns elementos, o que causa alguma instabilidade na dinâmica do grupo, identificam-se alguns conflitos; e, é nesta fase que o papel dos terapeutas é determinante. Por outro lado, alguns elementos começam a expressar alguns sentimentos e emoções e demonstram a necessidade de o partilhar com os restantes elementos do grupo. Começam a revelar-se alguns traços de coesão do grupo...

Após as férias da Páscoa, o grupo foi reiniciado e todos os seus elementos manifestaram que tinham sentido falta do mesmo. Neste último período escolar, a maior preocupação volta-se agora para os testes de avaliação e para a possível melhoria de notas. O H. encontra-se desmotivado na medida em que deverá chumbar, não só pelos resultados académicos negativos, mas sobretudo por exceder o número de faltas disciplinares. O D. mostra-se ansioso e refere que também não sabe se irá passar de ano, uma vez que teve mais dificuldades do que no ano anterior; o G., o V. e o DI também se encontram apreensivos, mas afirmam que em princípio passam de ano; o T. por seu lado encontra-se tranquilo, pois obteve boas notas no segundo período e, portanto só terá de mantê-las.

Ao longo das sessões desta última fase do grupo, verifica-se um aumento gradual da maturidade do mesmo, apesar de ainda ocorrerem alguns episódios de conflito, com expressão de alguma agressividade e raiva contida. Nesta altura as ligações afectivas entre os elementos do grupo são mais evidentes e, estes sentem necessidade de verbalizar sentimentos e emoções de forma espontânea, situação que inicialmente não se verificava. Demonstram agora capacidade de reflexão sobre os momentos vividos em grupo e, sobre as situações experienciadas nos contextos familiar e escolar.

No final da sessão também os terapeutas fizeram uma apreciação de todo este processo evolutivo, falando de cada um dos elementos do grupo e do desenvolvimento deste de uma forma geral. A avaliação é muito positiva, ocorreram modificações significativas em cada um, o que se traduz no comportamento actual. Foram vividos momentos muito importantes para todos, inclusive para os próprios terapeutas, uma vez que também estes cresceram e evoluíram com o grupo, quer enquanto pessoas, quer como profissionais.

6 – Resultados Obtidos

“Uma pessoa para compreender tem de se transformar”. (Saint-Exupéry)

Neste momento, em que o grupo já se encontra numa fase final da sua evolução é essencial proceder a uma avaliação.

Na terapia de grupo, o acolhimento ocorre não só por parte dos terapeutas, como pelos participantes, que se tornam solidários à experiência do outro e participam demonstrando o seu afecto, dando conselhos e em alguns casos, dividindo vivências parecidas com a relatada e contando como superou uma determinada situação (Farah, 2009)

Inicialmente um dos objectivos era aplicação de uma escala de comportamento, emoções e eventos de vida, o que não foi possível, esta foi uma das limitações deste estudo; posteriormente foi elaborado um questionário para os pais, mas estes revelaram muitas dificuldades em responder às questões, pois ainda não se sentiam capazes de avaliar a evolução no comportamento dos seus filhos.

Assim, como alternativa, identificaram-se alguns indicadores que permitiram verificar a evolução de comportamento destas crianças, no decorrer das sessões de grupo, nomeadamente: motivação/participação, assiduidade, satisfação parental.

Motivação de acordo com Robbins (1999) citado por Soler et al (2004), é o resultado da interacção do indivíduo com a situação, podendo ser definida como “processo responsável pela intensidade, direcção e persistência dos esforços de uma pessoa para o alcance de uma determinada meta”. A intensidade refere-se a quanto esforço a pessoa despende na realização de uma tarefa, sendo capaz de levar a resultados favoráveis quando conduzida numa direcção que beneficie a organização. A persistência é a medida de quanto tempo a pessoa consegue manter o seu esforço.

A maioria dos temas ligados à psicologia podem ser considerados sob o prisma da motivação, já que todo o comportamento humano é motivado, na busca de atingir um objectivo. O factor interno que dá início, dirige e integra o comportamento é chamado de motivo. Este é sempre interno, “embora os estímulos possam vir do meio ambiente”. (Fiamenghi, 2001 citado por Soler et al, 2004)

Chiavenato (1989) citado por Soler et al (2004) faz a diferenciação entre motivo e motivação, ressaltando que o primeiro está relacionado com o que impulsiona o indivíduo a agir de determinada forma ou, pelo menos, gera uma propensão nesta direcção. Isto pode ser provocado por um estímulo externo (ambiente) ou interno (processo de raciocínio). A motivação é o processo cognitivo gerado a partir de uma necessidade (desejo) a qual determina o comportamento de um indivíduo na busca de um objectivo.

Alguns comportamentos observados em terapia podem ser indicadores do nível de motivação: “concordar com o terapeuta, expressar vontade de mudar ou ser ajudado, estar incomodado com a sua situação pessoal e seguir os conselhos do terapeuta”. (Jungerman, 1999 citado por Soler et al 2004)

Outros autores referem que a relação terapeuta-cliente influencia a motivação em vários níveis, incluindo o psicológico. Para o sucesso do tratamento o terapeuta deve ser capaz de motivar e o cliente deve estar receptivo aos esforços do mesmo.

O programa terapêutico deve ser desenvolvido ao redor de actividades significativas para o cliente, direccionadas às suas necessidades, para que o indivíduo se sinta motivado durante a terapia. Dessa forma, é essencial que o terapeuta compreenda as metas específicas do seu cliente, mantendo a sua individualidade. (Ümphred, 1994)

No caso dos serviços para crianças e adolescentes, a satisfação parental revela-se bastante importante e é um dos objectivos dos serviços para estas

populações, uma vez que os pais e as suas atitudes são aspectos decisivos no envolvimento e continuação de um tratamento. (Breda et al, citados por Alves, 2008)

A satisfação do cliente é considerada um dos resultados desejados dos serviços de cuidados e, sendo uma medida de qualidade, é indispensável para as avaliações da qualidade e para delinear e gerir os sistemas de cuidados de saúde. A eficácia dos serviços é determinada, entre outros factores, pela satisfação com esses serviços e, indicativo desta relação são os estudos que mostram que pacientes satisfeitos tendem a utilizar mais frequentemente serviços de saúde. (Westaway et al, citado por Alves, 2008)

Deste modo, existe todo o interesse em delinear estratégias que promovam a procura, adesão e colaboração dos pais nas intervenções que procuram melhorar o funcionamento sócio-emocional dos seus filhos.

A monitorização do processo terapêutico permite avaliar de que forma um paciente tem progredido relativamente aos objectivos iniciais e ajudar o terapeuta e o cliente (no caso das crianças, inclui-se a pessoa responsável como o pai, mãe, avó...) a tomar decisões relativamente à intervenção (Alves, 2008)

Neste sentido a monitorização pelo terapeuta deve ser sempre feita ao longo do processo terapêutico e o terapeuta deve ir verificando como evolui o cliente e, se caminham no sentido correcto, cumprindo os objectivos estipulados inicialmente, tomando consciência de possíveis e necessárias mudanças e ajustes, para que seja atingido o sucesso terapêutico e, para que o cliente e seus significativos fiquem satisfeitos, garantindo assim a eficácia dos serviços. O terapeuta deve ter sempre presente que a significância clínica vai para além de uma mudança nos sintomas. O impacto da intervenção no funcionamento do cliente no dia-a-dia é igualmente um parâmetro a considerar. Em certas situações ajudar as pessoas a lidar com diversas problemáticas é o objectivo da intervenção, mais do que diminuir/alterar sintomas. Os objectivos da terapia

incluem lidar com a situação, alterar a perspectiva do indivíduo e dotá-lo de capacidades para “manusear” a situação. Estes três objectivos mostram que a mudança terapêutica pode ser clinicamente significativa quando os sintomas mudam muito, quando mudam ligeiramente ou até quando não mudam de todo, mas o cliente está mais capaz para lidar com eles (Foster & Mash citados por Alves, 2008)

No caso da intervenção psicoterapêutica com crianças e adolescentes, considerando que a significância clínica vai para além da mudança nos sintomas, Kazdin (2002) defende que as diferentes áreas da vida da criança são os melhores indicadores de ajustamento. Kazdin considera então três áreas a avaliar, quando se pretende estudar o impacto da intervenção na criança, são elas: o funcionamento da criança (sintomas, ajustamento, competência social, funcionamento académico); o funcionamento dos pais e da família (disfunção, como sintomas; influências contextuais, como stress, qualidade de vida; condições que promovem a adaptação, como relações familiares e organização) as medidas de impacto social (consequências nos sistemas, como actividades escolares, assiduidade, abandono escolar; uso de serviços; reduções em serviços especiais, hospitalizações).

A perspectiva da própria criança é importante e, é só por si terapêutica, uma vez que cria a oportunidade destes colaborarem no seu próprio tratamento. (Friedberg et al, citado por Alves, 2008) Mesmo crianças pequenas podem fornecer feedback não só escrito como verbal, como percepções acerca da ajuda que receberam e do divertimento que lhes foi proporcionado. O efeito será semelhante ao dos adultos, visto que a criança sentir-se-à mais envolvida e consciente da sua própria terapia e, conseqüentemente a sua participação activa aumenta.

Em contexto clínico há uma necessidade crescente de garantir um serviço eficaz e para isso o terapeuta recorre a diferentes aspectos, uma vez que é importante considerar diferentes medidas, critérios e perspectivas na avaliação de uma criança e do seu progresso terapêutico. Concluir acerca da satisfação

dos pais com o serviço permite juntamente com outros dados recolhidos pelo terapeuta, construir não só um retrato do que foi o processo terapêutico naquele caso específico, que dimensões para aqueles pais ou cuidadores específicos foram mais apreciadas, mas também, que aspectos podem ser melhorados no serviço e os que podem ser mantidos para melhorar a eficácia do serviço em geral. (Alves, 2008)

Foi também através do feedback obtido pelas crianças que constituem o grupo, que foi possível compreender e identificar os sentimentos ao longo das sessões de grupo. Estas referiram que gostaram dos momentos vividos em grupo, que tinham sempre vontade de ir, não só porque se divertiam com as actividades realizadas, como também lhes permitia pensar nas suas atitudes/reacções perante determinadas situações. Um dos elementos chegou a referir o facto de se sentir diferente, como se estivesse em transformação, vivendo as suas experiências de outra forma, reflectindo sobre as suas atitudes.

6.1 - Avaliação pelos Elementos do Grupo

Na última sessão de grupo foi solicitada uma avaliação de como este decorreu e o que sentiam nesta fase final. Foi realizada uma abordagem sociométrica numa escala de 0-10 sendo 0 – o que menos gostaram, e 10 – o que mais gostaram; para validar os diferentes parâmetros em questão, nomeadamente: se gostaram das sessões de grupo, quais as que mais gostaram e porquê; se gostaram do grupo e porquê, referindo o que não gostaram; falar sobre o grupo em geral e de todos os elementos individualmente, e indicar o que poderiam fazer para os ajudar a melhorar alguns aspectos que poderiam ser menos positivos; avaliar os terapeutas e identificar quais as mudanças que ocorreram em cada um.

Foi muito interessante verificar que todos sem excepção se sentiram envolvidos e, com necessidade de se expressar em relação a todo este processo terapêutico.

De uma forma geral, todos gostaram muito das sessões e referiram alguns jogos e actividades que mais prazer lhes deram realizar; em relação ao grupo sentiram que tinha funcionado bem, mas exemplificaram algumas situações que não tinham decorrido da melhor forma, especialmente conflitos e manifestações de maior agressividade; quanto aos diferentes elementos identificaram algumas características que deveriam mudar, e, inicialmente nem todos aceitaram muito bem as críticas, mas depois reconheceram que haveria factores a modificar em cada um; os terapeutas foram avaliados de forma muito positiva, gostaram da postura destes, mesmo quando foi necessário, em algumas ocasiões, uma intervenção mais firme, sentiram-se acompanhados, tanto nos momentos de reflexão como de diversão. Ao identificarem o que sentiram de diferente em si e, de que forma mudaram, notou-se algum constrangimento e surgiram algumas questões. O H. referiu que não tinha mudado nada, pois acha que mantém os mesmos comportamentos na escola e mostrou-se triste com este facto; o T. acha que mudou muito pouco em relação ao início do grupo, apesar de sentir que está menos tímido em relação a algumas situações; o V. sente-se mais calmo e controla-se melhor em determinadas momentos; o G. sente que está diferente, consegue reflectir sobre si e as situações que ocorrem, estando mais calmo, consegue ponderar antes de agir; o D. sente-se mais seguro na relação que estabelece com os outros, apresenta maior confiança em si e nas suas capacidades, o DI não esteve presente nesta última sessão.

Esta foi uma sessão muito rica de experiências, sentimentos e emoções, que permitiu visualizar o grupo e cada um dos seus elementos em particular, sob uma perspectiva diferente, na medida em que realizaram uma avaliação da intervenção psicoterapêutica e olharam para dentro de si, de uma forma que até então ainda não tinha sido realizada de um modo tão específico.

6.2 - Avaliação pelos Terapeutas

No final da sessão também os terapeutas fizeram uma apreciação de todo este processo evolutivo, falando de cada um dos elementos do grupo e do

desenvolvimento deste de uma forma geral. A avaliação é muito positiva, ocorreram modificações significativas em cada um, o que se traduz no comportamento actual. Foram vividos momentos muito importantes para todos, inclusive para os próprios terapeutas, uma vez que também estes cresceram e evoluíram com o grupo, quer enquanto pessoas, quer como profissionais.

De facto, durante as sessões de grupo, os vários elementos manifestaram com frequência a importância de pertencerem a este grupo, pela segurança e capacidade de enfrentar as situações, que lhes transmite. Referem sentir-se bem e compreendem melhor o que sentem e a forma como vivem determinadas experiências. Participam de forma activa nas actividades sugeridas e mostram-se motivados para as mesmas. A assiduidade também foi um dos factores identificados, uma vez que dois elementos faltaram duas vezes, e o elemento que faltou durante quatro sessões foi por um problema de saúde, e, apesar de a maioria dos elementos morar longe, verifica-se um esforço para estarem presentes, o que reforça a ideia da vontade de estar presente no grupo. Por outro lado, e através do feedback da enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria que é também terapeuta familiar e, que acompanha os pais destas crianças semanalmente, foi possível verificar que a presença assídua dos mesmos e a sua participação e interesse pela evolução dos seus filhos, é um factor marcante nesta avaliação.

Assim, é possível afirmar que: o enfermeiro especialista proporciona benefícios essenciais para a saúde da população, nomeadamente no acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados e coordenados, garantindo a continuidade de cuidados. Contribui igualmente para o progresso da profissão, através do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de uma prática baseada na evidência. Tem um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado. (Ordem dos Enfermeiros, 2007)

7 – Questões Éticas

Segundo o International Council of Nurses (ICN), os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos em todo o tempo e em todas as situações. O que inclui assegurar que cuidados adequados são prestados, com os recursos disponíveis, de acordo com a ética. Igualmente, o enfermeiro está obrigado a assegurar que os doentes recebem informação apropriada para consentirem no tratamento ou procedimentos, incluindo a participação em investigação. (Nunes, 2005)

Este trabalho pode-se enquadrar na investigação de carácter qualitativo, onde os princípios éticos foram assegurados, na medida em que foi salvaguardada a confidencialidade e identidade dos participantes do estudo, respeitando a sua decisão quanto à participação nas actividades, em que os pais das crianças em questão também iam sendo informados da evolução do comportamento destas, assim como a equipa multidisciplinar, quer em contexto hospitalar, quer em contexto comunitário, funcionou como base de apoio, quer para os pais quer para as crianças.

A Enfermagem enquanto profissão que se autoregula, define tanto no Código Deontológico, como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) os princípios éticos e deontológicos a cumprir no seu exercício, onde naturalmente se inclui a investigação.

Neste caso específico, os participantes foram crianças com perturbações de comportamento, que estão mais vulneráveis não só pelo seu problema como também pelo facto de serem crianças (pois quanto menor for o grau em que alguém possa participar na decisão, mais vulnerável se considera). (Declaração dos Direitos da Criança, 1959; citada por Nunes, 2005)

Fazer investigação em saúde, implica muitas vezes estudar uma população constituída por indivíduos fragilizados física ou psicologicamente, de uma forma temporária ou permanente: por isso, devem ser alvo de cuidados redobrados atendendo ao dever de protecção daqueles que estão mais fragilizados e vulneráveis (Cf. Artº 81 do CDE – “Dos Valores Humanos” citado por Nunes, 2005)

8 – Limitações do Trabalho

A realização deste trabalho teve como principais limitações: o facto de não ter sido possível a aplicação de uma escala, como instrumento de avaliação mais preciso; e, a dificuldade dos pais das crianças em responder a um questionário inicialmente elaborado, em que estes referiram que não se sentiam com capacidade para avaliar a evolução do comportamento dos seus filhos, neste espaço de tempo que consideraram insuficiente para tal avaliação.

Por outro lado, o facto de não ter experiência na área da saúde mental e psiquiatria surgiu muitas vezes como barreira, para uma intervenção mais autónoma.

De qualquer forma, foi de extrema importância o papel dos orientadores de estágio, e de toda a equipa multidisciplinar em ambos os contextos de estágio, que serviram de suporte para uma contínua aprendizagem pessoal e profissional.

9 – Questões Emergentes

Em relação a perspectivas futuras, está prevista a possibilidade de dar continuidade ao trabalho desenvolvido, uma vez que o grupo vai recomeçar em Outubro 2011, do qual farão parte os mesmos elementos e terapeutas.

É essencial que cada vez mais se realize investigação em enfermagem, pois só assim será possível a obtenção de cuidados diferenciados, adequados a cada pessoa/situação, de forma a que a qualidade seja cada vez mais elevada, no sentido da promoção da saúde, prevenção e tratamento das pessoas com problemas de saúde mental.

De qualquer forma, é importante que a duração dos trabalhos/projectos desenvolvidos na área da saúde mental sejam prolongados no tempo de modo a que se realize uma avaliação mais eficaz.

10 – Conclusão

*“O aprender confunde-se com a vida,
o que leva à tendência de aumento da expectativa
sobre as novas possibilidades de aprendizagem.” (Demo)*

Nesta fase é possível avaliar os resultados do percurso e reflectir sobre o que poderia ter sido esta experiência e aspectos a melhorar, assim como algumas perspectivas para o futuro.

Sinto que este processo, foi de extrema importância, fundamentalmente pela minha evolução enquanto pessoa, pois permitiu-me uma reflexão diária de comportamentos e atitudes, avaliar emoções e sentimentos, compreender relações; sendo que isto só foi possível através do suporte dos orientadores de estágio e de toda a equipa envolvida.

Apesar de ainda ter um longo caminho a percorrer nesta área, verifico que a intervenção psicoterapêutica de grupo com crianças em idade escolar, com perturbações de comportamento, é de extrema importância para que as crianças com estas características, possam adquirir uma estabilidade emocional que lhes permita relacionar-se com a família e os seus pares.

Durante o estágio desenvolvido no internamento foi possível adquirir conhecimentos, não só em relação aos quadros psicopatológicos e problemas de saúde mental, como das intervenções terapêuticas realizadas. No âmbito do ambulatório foi possível observar a dinâmica de grupo e a importância do modelo psicoterapêutico integrado.

Assim, é possível realizar uma avaliação dos objectivos de estágio inicialmente propostos, assim como da intervenção psicoterapêutica desenvolvida. Em primeiro lugar é fundamental referir que todo este trabalho só foi possível pela riqueza pessoal destas crianças, não só as que pertencem a este grupo, mas também todas as outras, com as quais tive o privilégio de contactar durante o

período de estágio no serviço de internamento. Foi através dos seus comportamentos, reacções e atitudes que desenvolvi uma maior capacidade de reflectir e dar significado às vivências, procurando promover um espaço onde estas crianças possam dar voz aos seus sentimentos e emoções. As actividades desenvolvidas nos dois contextos foram fundamentais para a criação de uma relação terapêutica, assim como observar e identificar comportamentos de agressividade.

A evolução do grupo foi gradual, e os elementos que o compõem apresentam algumas diferenças que alguns já conseguem identificar, sentindo como uma necessidade estar em grupo todas as semanas.

Os objectivos inicialmente propostos foram alcançados.

Foram experiências muito importantes que marcaram uma etapa de vida. Apesar de não ter sido fácil, foi um caminho que permitiu o autoconhecimento, o sentir e expressar emoções, consciente da minha vulnerabilidade.

Considero que foi uma experiência muito positiva, e que permitiu o contacto com uma realidade diferente. Tomei consciência de que existe um longo trabalho a desenvolver, mas que a perspectiva de novos projectos na área da saúde mental e psiquiatria, é um objectivo para o futuro.

11 – Referências Bibliográficas

ALMEIDA, V. et al – **Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum**, Revista Escola Superior de Enfermagem USP, 2004.

ALVES, D. - **O Emocional e o Social na Idade Escolar – um abordagem dos preditores da aceitação pelos pares**, Dissertação, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Porto, 2006.

AMERICAN PSYCHIATRYC ASSOCIATION, DSM-IV-TR; **Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais**, 4ª Ed. Lisboa; Climepsi Editores; 2002

BAILEY, V. **Intensive Interventions in Conduct Disorders**, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Archives of Disease in Childhood, 1996

BASTOS & REBELO – **Programa de intervenção em grupo para crianças com DHDA – “O Clube dos Detectives”**, Artigo da Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria nº25 vol.II Julho/Dez. 2008 APPIA – Associação portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, ISSN 0873-8777

BEE, H. - **A Criança em Desenvolvimento**, Artes Médicas, 7ª Edição, Porto Alegre, 1996, ISBN 85-7307-134-6

BENAVENTE, R., **Perturbação de Comportamento na Infância: Diagnóstico, Etiologia, Tratamento e Propostas de Investigação futura – Notas de Investigação**, Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Almada, 2001.

BROOKMAN-FRAZEE et al – **Factors associated with use of evidence-based practice strategies in usual care youth psychotherapy**, Child an Adolescent Services Research Center, San Diego, 2009.

CHESS, S. & HASSIBI, M., **Princípios e Prática de Psiquiatria Infantil**, Editora Artes Médicas Sul, Lda, Porto Alegre, 1982.

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL, **Recomendações para a prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários**, Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde, Lisboa, 2009, ISBN 978-989-96263-2-4

DOMITROVICH, C. & GREENBERG, M. - **Intervenções preventivas que reduzem a agressividade em crianças pequenas** – Centre of Excellence for Early Childhood Development, 2010

ERESUND, P. – **Psychodynamic psychotherapy for children with disruptive disorders**, Journal of Child Psychotherapy, Vol. 33, N.2, Sweden, 2007.

FOSSUM, S. Et al – **Psychosocial interventions for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents** – A meta-analysis; Centre for Child and Adolescent Mental Health, Norway, 2008.

GADELHA, Y. & MENEZES, I. - **Estratégias Lúdicas na relação terapêutica com crianças na terapia comportamental**, Uni.Ci.Saúde, Brasília, V.2,n.1, p.1-151, Jan./Jun. 2004

GONÇALVES, E. & MURTA, S., **Avaliação dos efeitos de uma modalidade de treino de habilidades sociais para crianças**, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2008.

JOHNSON, B., **Child, Adolescent & Family Psychiatric Nursing**, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1995, ISBN 0-397-54832-X

KANTORSKY et al, **Therapeutic Relationship and Teaching of Mental Health Psychiatric Nursing**, USP, 2005.

LEWIS, M., **Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência**, Editora Artes Médicas Sul, Lda, Porto Alegre, 1991.

LEWIS & WOLKMAR, **Aspectos Clínicos do desenvolvimento na Infância e Adolescência**, Editora Artes Médicas Sul, Lda, 3ª Edição, Porto Alegre, 1990.

LISBOA, C. - **Comportamento Agressivo, Vitimização e Relações de Amizade de Crianças em Idade Escolar: Factores de Risco e Protecção** – Tese de Doutoramento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

MANES, S. – **83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupos**, Paulus Editora, 7ª Edição, Lisboa, 2007, ISBN 978-972-30-1252-1.

MARINHO, M. & CABALLO, V. **Comportamento Anti-Social Infantil e seu impacto para a competência social**, Psicologia, Saúde e Doenças, Brasil/Espanha, 2002.

MARQUES, C. et al, **Perturbações do Comportamento e Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção: Diagnóstico e Intervenção nos Cuidados de Saúde Primários** – Dossier: Saúde Mental Infantil, Revista Portuguesa de Clínica Geral, 2009.

MARRA, M.; FLEURY, H: - **Grupos, Intervenção Socioeducativa e Método Sociopsicodramático**, Editora Àgora, São Paulo, 2008.

MONTEIRO, M.; PAGLIUCA, L. – **Análise da Adequação da Teoria do Relacionamento Interpessoal em Grupos conduzidos por Enfermeira**; Esc. Anna Nery Rev Enferm. 2008 Set; 12 (3): 424-29.

NUNES, L. – **Ética na Investigação em Enfermagem, Comunicação: Ética na Prática de Enfermagem**, XXVI Congresso Português de Cardiologia, Porto, 2005)

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Um Novo Modelo de Desenvolvimento Pessoal – Certificação de Competências e Individualização de Especialidades em Enfermagem**, Nº 26, Junho 2007, ISSN 1646-2629.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Modelo de Desenvolvimento Profissional, Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem**, Conselho de Enfermagem, Dez., 2009

PEPLAU, H. – **Relaciones Interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica**, Masson-Salvat, 1ª Ed., Barcelona, 1992, ISBN 0-333-46112-6.

PLANO DE ACÇÃO, 2010, Área de Pedopsiquiatria, CHLC – HDE.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (2007-2016), Resumo Executivo, Coordenação Nacional Para a Saúde Mental, Lisboa, Julho 2008, ISBN 978-989-95146-6-9

REID, S.; KOLVIN, I – **Group psychotherapy for children and adolescents**, *Archives of Disease in Childhood*, London, 1993.

SÁ, F. – **Psicoterapia analítica de grupo com crianças no período de latência**, Climepsi Editores, 1ª Edição, Lisboa, 2003, ISBN 972-796-091-X

SHEDLER, J. - **The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy** – University of Colorado Denver School of Medicine – American Psychological Association, Feb/Mar, 2010

SMITH, S: et al – **Managing aggression using cognitive-behavioral interventions: state of the practice and future directions**, Behavioral Disorders, Florida, 2005

SOLER, A. et al – **Motivação e humanização: factores de relevância no tratamento terapêutico e na formação do profissional em reabilitação**, Cadernos de Pós-Graduação em distúrbios do desenvolvimento, São Paulo, 2004.

SOUSA, P. - **Agressividade em Contexto Escolar** – Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 2005.

SPADINI, L.; SOUZA, M. – **Grupos realizados por Enfermeiros na Área de Saúde Mental**, Revista de Enfermagem Escola Anna Nery, São Paulo, 2006.

STUART, G.; LARAIA, M. – **Enfermagem Psiquiátrica- Princípios e Prática**, Artmed Editora, 6ª Edição, Porto Alegre, 2001, ISBN 85-7307-713-1.

TOMEY, A.; ALLIGOOD, M. – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem**, Lusociência, 5ª Edição, Loures, 2004, ISBN 972-8383-74-6

VIDIGAL, M. & Colaboradores, **Intervenção Terapêutica em Grupos de Crianças e Adolescentes** – Aprender a Pensar, Trilhos Editora 2005,
VINOGRADOV, S.; YALOM, I. – Manual de Psicoterapia de Grupo, Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1992.

WEISZ, J.; GRAY, J. – **Evidence-based psychotherapy for children and adolescents: data from the present and a model for the future**, Association for Child & Adolescent Mental Health, Oxford, 2007.

WHO - World Health Organization. **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines**, Geneva; 1992.

WHO – World Health Organization – **Mental Health: Facing the challenges, building solutions**, 2005, Denmark, ISBN 92-890-1377-X

WOOLFENDEN, S. et al – **Family and Parenting Interventions in Children and Adolescents with Conduct Disorder and delinquency: a meta-analysis of randomized**, Arch Dis Child, 2002

YALOM, I. D.; VINOGRADOV, S.; - **Manual de Psicoterapia de Grupo**,. Porto Alegre. Artes Médicas. 1992

YEO, L. et al – **Cognitive-behavioral in a Hospital setting for children with severe emotional and/or behaviour disorders**, Child Care in Practice, Vol.11, N.1, Iowa, 2005.