



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

**A música como mediador expressivo na redução da
ansiedade no adolescente**

João Carlos Batista Oliveira



**Lisboa
2021**



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

**A música como mediador expressivo na redução da
ansiedade no adolescente**

João Carlos Batista Oliveira



Orientador: José Manuel Tátá Falé



**Lisboa
2021**

*“Tenho tanto sentimento
Que é frequente persuadir-me
De que sou sentimental,
Mas reconheço, ao medir-me,
Que tudo isso é pensamento,
Que não senti afinal.*

*Temos, todos que vivemos,
Uma vida que é vivida
E outra vida que é pensada,
E a única vida que temos
É essa que é dividida
Entre a verdadeira e a errada.*

*Qual porém é verdadeira
E qual errada, ninguém
Nos saberá explicar;
E vivemos de maneira
Que a vida que a gente tem
É a que tem que pensar”*

Fernando Pessoa

DEDICATÓRIA

Aos meus colegas e amigos pela motivação e palavras certas, no momento certo.

À minha família, pelas ausências e distanciamento, que por muito maior que possa parecer, não são variáveis que condicionam aquilo que nos une.

Em especial ao meu Pai, que assistiu a este percurso ser iniciado, mas não terminado.

Ao Cardoso e à Bolinhas pelo companheirismo e amizade.

À Senhora Enfermeira Maria José Costa Dias, Senhora Enfermeira Anabela Gama e Senhora Enfermeira Paula Pinheiro, pelo contributo no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Às Senhoras Enfermeiras Especialistas Cláudia, Filipa, Paula e Senhor Enfermeiro Especialista João, pela orientação, disponibilidade e interesse demonstrado ao longo deste percurso.

Ao Senhor Professor José Falé pela orientação e tutoria.

A todo o corpo docente e discente do 11º Mestrado em Enfermagem na Área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pelos conhecimentos e aprendizagens.

Aos adolescentes envolvidos e suas famílias, que proporcionaram a minha aquisição de competências.

A todos os restantes que permitem, de certa forma, a concretização dos meus sonhos.

Bem-haja a todos.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPM – Batidas Por Minuto

DGS – Direção Geral de Saúde

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ICN – *International Council of Nurses*

NOC – *Nursing Outcomes Classification*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SARS-CoV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

RESUMO

Este Relatório, inserido no curso de mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pretende refletir o percurso de desenvolvimento e a aquisição das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, resultantes de um estágio desenvolvido em contexto hospitalar e comunitário.

Neste âmbito, foi elaborado um projeto com a temática da utilização da música como mediador expressivo na redução da ansiedade no adolescente, orientado pelo modelo teórico dos sistemas de Betty Neuman e pela Teoria das transições de Afaf Meleis.

A problemática surge num período de pandemia instalada, com impactos na saúde das populações, suscitando sentimentos de ansiedade, com implicações diretas e indiretas na saúde mental individual e social. A ansiedade apresenta-se como uma das principais causas de adoecimento na adolescência, transição que já comporta, *per si*, uma grande carga emocional e ansiosa, e está associada transversalmente à grande maioria dos diagnósticos em saúde mental. A utilização da música como mediador expressivo e ainda como instrumento terapêutico, visa a redução da ansiedade, tanto pela expressão de sentimentos, como pela modificação de emoções e sentimentos.

Foram desenvolvidas sessões de intervenção terapêutica, individuais e em grupo, aplicadas em contexto hospitalar e comunitário.

A expressão com recurso à música verificou-se como benéfica, traduzindo-se em ganhos terapêuticos para o adolescente. Salienta-se a relação já presente entre o adolescente e a música no quotidiano que facilitou a sua expressão. A música, como instrumento terapêutico também apresentou resultados positivos na redução da ansiedade, em momentos de crise, possibilitando a identificação de estímulos stressores e a sua remissão, no momento, facilitando a sua consciencialização.

Palavras-chave: Ansiedade; Adolescência; Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; Mediadores expressivos; Música

ABSTRACT

This report, inserted in the Master's course in Nursing, in the specialization area in Mental Health and Psychiatric Nursing, intends to reflect the development and acquisition of skills of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing, resulting from an internship developed in hospital and community environment. In this context, a project was developed with the theme of using music as an expressive mediator in reducing anxiety in adolescents, guided by the theoretical model of systems by Betty Neuman and the transitions theory by Afaf Meleis.

The issue arises in a period of installed pandemic, with impacts on the health of populations, raising feelings of anxiety, with direct and indirect implications for individual and social mental health. Anxiety is one of the main causes of illness in adolescence, a period that already carries, *per si*, a great emotional and anxious load, and is transversally associated with most of mental health diagnoses. The use of music as an expressive mediator and as a therapeutic tool aims to reduce anxiety through the expression of feelings as well as through the modification of emotions and feelings.

Individual and group therapeutic intervention sessions were developed, applied in a hospital and community environment.

The expression using music was found to be beneficial, translated into therapeutic gains for the adolescent. It has to be pointed out that music is present in the daily life of the adolescent, which facilitated their expression.

Music, as a therapeutic instrument, also showed positive results in reducing anxiety in times of crisis, enabling the identification of stressful stimuli and their remission, at the moment, facilitating their awareness.

Keywords: Anxiety; Adolescence; Psychiatric and mental health nursing; Expressive Mediators; Music

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	12
2. FINALIDADE E OBJETIVOS.....	13
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
3.1 Adolescência.....	15
3.2 Ansiedade	17
3.3 Mediadores expressivos.....	19
3.3.1 Música como mediador expressivo e instrumento terapêutico	21
3.4 Modelo dos Sistemas de Betty Neuman	23
3.5 Teoria das Transições de Afaf Meleis	24
4. METODOLOGIA	26
4.1 Considerações Éticas.....	28
5. PERCURSO DE APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NOS CONTEXTOS	30
5.1 Contextos de prática clínica	30
5.1.1 Internamento hospitalar	30
5.1.2 Comunidade	30
5.2 Atividades e concretização dos objetivos.....	31
5.3 Aquisição de competências.....	52
6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	55
7. CONCLUSÃO	57
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
APÊNDICES.....	67
APÊNDICE I - Cronograma	
APÊNDICE II – Quadro de aquisição de competências	
APÊNDICE III – Formulário da Entrevista de Gosto Musical	
APÊNDICE IV – Escala Numérica da Ansiedade	
APÊNDICE V – Grelha de Observação da Ansiedade	
APÊNDICE VI – Plano de sessão “Desenhar a música”	
APÊNDICE VII – Plano de sessão “Pintar a música”	
APÊNDICE VIII – Plano de sessão “Baú das emoções”	
APÊNDICE IX – Plano de sessão “Painel musical”	

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 - Entrevista de Gosto Musical	36
Figura 2 - Escala Numérica da Ansiedade (momento solicitado pela adolescente) ..	38
Figura 3 - Grelha de Observação da Ansiedade (momento solicitado pela adolescente).....	39
Figura 4 - Escala Numérica da Ansiedade (momento sugerido pelo Enfermeiro)	40
Figura 5 - Grelha de Observação da Ansiedade (momento sugerido pelo Enfermeiro)	41
Figura 6 – Desenhar e Pintar a música 1	48
Figura 7 - Desenhar e Pintar a música 2	49
Figura 8 - Pintar e Desenhar a música 3	49
Figura 9 - Baú das emoções 1	50
Figura 10 - Baú das emoções 2	50
Figura 11 - Painel musical 1	51
Figura 12 - Painel musical 2	51
 Quadro 1 - Emoções, sensações e estados associados a músicas/sons agradáveis e a evitar	 45

INTRODUÇÃO

Este Relatório surge no âmbito do 11º curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Pretende refletir o percurso de desenvolvimento e a aquisição das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, resultantes de um estágio desenvolvido em contexto hospitalar e comunitário.

O tema selecionado surgiu numa fase instalada de pandemia por CoVid-19 que, segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) (2020), “O impacto na saúde das populações e a velocidade instantânea de transmissão da informação, por sua vez, suscitam nas populações sentimentos frequentes de medo, angústia, **ansiedade**, com implicações diretas e indiretas na saúde mental individual e social”. Mundialmente, as perturbações da ansiedade estimam-se em 264 milhões de pessoas, sendo que 14% correspondem a casos na Europa e 5,7% em Portugal, colocando-o em terceiro lugar com a Grécia, com mais casos da Europa (OMS, 2017).

A intervenção em **adolescentes**, (etapa que, segundo a OMS, se situa entre os 10 e os 19 anos de idade), deve-se ao facto de que a ansiedade se apresenta como um dos principais problemas de adoecimento, entre estes, e que se encontra associada transversalmente à grande maioria dos diagnósticos em saúde mental. Na adolescência, os transtornos de ansiedade, podem ser experienciados com excesso de irritabilidade, frustração ou raiva, afetando o desempenho escolar e promovendo o isolamento social, que, por sua vez, podem conduzir a estados depressivos e ao suicídio, no pior dos cenários. A transição para a adolescência e todas as transições dentro desta fase, são acompanhadas, segundo Meleis (2010), por problemas na formação da identidade, imagem corporal, uso de drogas e problemas sexuais, podendo a carga ansiosa gerada, ser determinante na sua resolução precoce, influenciando as transições futuras.

Para Magalhães e Gomes (1964), “a expressão é o reflexo das emoções, sem camuflagem nem batota”. Segundo Sousa (2000), uma educação voltada para objetivos expressivos, contribui significativamente para a manutenção de uma vida saudável, seja qual for o meio utilizado, sendo que, neste sentido, a expressão não é considerada um espetáculo, mas sim, um modo individual de escape das tensões

acumuladas. A escolha da **música como mediador expressivo** deve-se a um desenvolvimento pessoal no âmbito da música, construção musical e de domínio de alguns instrumentos.

As atividades que constam neste Relatório, consistem na promoção da expressão emocional dos adolescentes com recurso à música como mediador expressivo, associado, ou não, a outros mediadores expressivos, seja na interação com música, sons ou voz em grupo, seja na expressão com recurso à música como instrumento terapêutico de forma individual, visando a expressão de emoções e sentimentos com consequente redução da sua ansiedade.

Este documento encontra-se organizado, primeiramente, com a caracterização da problemática, da população alvo e da situação atual em Portugal, em contexto de pandemia por SARS-CoV-2. É apresentada a finalidade e objetivos deste relatório, assim como, um enquadramento teórico face à problemática definida e âmbito das atividades desenvolvidas, com suporte de teorias de Enfermagem consideradas para o desenvolvimento das mesmas e na abordagem ao adolescente. Em seguida, é referida a estratégia metodológica desenvolvida e considerações éticas, passando para o relato das atividades desenvolvidas que visam dar evidência à aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. No final, é apresentada a conclusão deste documento, assim como implicações para a prática de Enfermagem.

1. CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A adolescência é um período de transição entre a fase de criança e a de adulto, período este que comporta as suas transições internas específicas. É um momento de transformação, mudanças físicas, emocionais, sentimentais, sexuais, afetivas e sociais, recheadas de incertezas, dúvidas, frustrações, marcado por um momento de aproximação do grupo de pares e afastamento do grupo familiar. O adolescente “vai enfrentar a necessidade de se redefinir em relação ao seu corpo sexuado, à sua identidade psíquica e ao seu meio, em especial em relação aos seus pais” (Brito, 2011).

As mudanças verificadas e experienciadas pelo adolescente, provocam neste, sentimentos de inquietação, relutância e ameaça. É uma altura em que é “posta à prova” toda a sua natureza, estando presente a ansiedade nestes momentos. Dependendo da maturação das suas estruturas mentais e psíquicas, lidar com a sua ansiedade pode ser tanto fácil e transitório, como doloroso e prolongado. A ansiedade é manifesta e presente ainda, representando um problema, transversalmente em diferentes patologias mentais. Atuar de forma prática, dirigida, com enfoque na expressão emocional pode representar um alívio no seu sofrimento.

No panorama atual de pandemia, conforme refere a DGS (2020), a carga de ansiedade a que todos os indivíduos estão sujeitos, encontra-se numa escalada crescente, seja por questões do confinamento, ou de agravamento de patologias que despoletem a ansiedade como sintoma. No Hospital Dona Estefânia, em Lisboa, o número de adolescentes que pediu informação sobre ansiedade e depressão aumentou 50%, relativamente ao período homólogo e, no Hospital São João, no Porto, 76% dos jovens recorreram por estas patologias (Matos, A. Entrevista à agência EFE, 8 de março de 2021).

Considerando a adolescência como uma fase de transição essencial para o percurso de um indivíduo e consolidação da sua personalidade, é de extrema importância muní-lo com recursos para que possa trabalhar a sua ansiedade em momentos adversos futuros e gestão, da mesma, no presente.

2. FINALIDADE E OBJETIVOS

As atividades desenvolvidas nos ensinamentos clínicos, que são alvo de relato neste documento, resultam de um projeto anteriormente realizado, cuja temática foi direcionada para a redução da ansiedade no adolescente com recurso à música como mediador expressivo e ainda como instrumento terapêutico, sendo este último, desenvolvido num estudo de caso. Este projeto teve como finalidade contribuir para o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP). Com base nesta finalidade, foi definido o seguinte objetivo geral:

- Reduzir a ansiedade dos adolescentes, promovendo a sua expressão emocional, através da utilização da música como mediador expressivo e instrumento terapêutico.

E foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver processos de autoconhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;
- Estabelecer e desenvolver uma relação terapêutica com o adolescente com doença mental;
- Contribuir para a otimização e recuperação da saúde mental dos adolescentes, reduzindo a sua ansiedade e mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto, através da utilização da música como mediador expressivo e instrumento terapêutico;
- Prestar cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais ao adolescente com doença mental, visando a redução da sua ansiedade, através da utilização da música como mediador expressivo e instrumento terapêutico.

A estes objetivos, que visam a aquisição das competências específicas do EESMP, estão inerentes também as competências comuns do Enfermeiro Especialista dos domínios da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, Melhoria Contínua da Qualidade, Gestão dos Cuidados e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

O percurso do desenvolvimento e da aquisição das competências referidas anteriormente, encontra-se descrito neste relatório, assim como dificuldades sentidas

e adaptações realizadas, com o objetivo de as ultrapassar. O enfoque na ansiedade como sintoma, apresentando-se transversalmente associado à grande maioria das patologias mentais, possibilitou o trabalho e aquisição de competências e desenvolvimento de atividades com os adolescentes, independentemente da sua patologia mental de base.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

3.1 Adolescência

Na literatura, são vários os limites de idades que caracterizam a fase da adolescência. Segundo Confraria e Monteiro (2014), de uma forma objetiva, alguns autores definem biologicamente o início da adolescência, em consonância com a puberdade, entre os 10 e 12 anos, mas de forma menos objetiva, sociologicamente, o fim entre os 20 e os 25 anos. Já a OMS (2020), caracteriza a adolescência entre os 10 e os 19 anos.

De um ponto de vista etimológico, Rosa e Carmo-Huerta (2020) referem que *adulescens* significa “aquele que continua a crescer” e que terá sido considerada uma passagem intermediária exclusiva de jovens do sexo masculino, isto no Império Romano, que posteriormente, já no início do século XIX, esteve associado a jovens pertencentes à classe burguesa, estudantes e dependentes financeiramente da família. Foi, segundo as autoras, no início do século XX que o termo “adolescente” passou a ser utilizado em relação à generalização da escolarização, indiferentemente do género e que foi neste momento que passou a ser objeto de estudo da psicologia e psiquiatria.

Já Sampaio (2006) acrescenta que o termo “adolescência” deriva da palavra latina *adolescere* que significa “crescer”, sendo a adolescência caracterizada pelo crescimento físico e mental, maturação e desenvolvimento. É uma fase com altos e baixos emocionais, referindo este autor que “o caminho dos adolescentes é uma linha sinuosa, mas nítida, até à idade adulta”(…) esta que (...)”se relaciona com o fim do crescimento: um adulto é uma pessoa que para de “crescer”, logo um adolescente é alguém incompleto, que não atingiu o fim de um processo”, que procura algo melhor, uma formação de uma identidade, uma aproximação do seu grupo de pares, uma gestão saudável das suas frustrações diárias, sendo atribuído aos pais um papel fundamental na compreensão da sua evolução e devolução de sentimentos e estratégias que o permitam “crescer”.

Para Confraria e Monteiro (2014), citando Cheung, Kit-Sum e Hung (2012) “a adolescência é um período de transição entre a criança e o adulto caracterizada por importantes mudanças, oportunidades e desafios, ao nível biológico, psicológico e social”.

Segundo Erikson (1976), cada fase do desenvolvimento humano é marcada por crises sociais e de identidade, sendo no caso da adolescência, a identidade e a confusão de papéis, fase esta em que está presente a instabilidade emocional, preocupação com a aparência física, incertezas sobre identidade sexual e vocacional.

Para Meleis (2010), uma transição é um processo que envolve a passagem de um estado estável para outro estado estável, no entanto, este percurso pode ser marcado por dificuldades, instabilidade, frustrações, ganhos e conquistas, e a sua conclusão saudável é determinada quando os indivíduos demonstram dominar os comportamentos e estratégias necessárias para lidar com as novas situações ou ambiente. A transição para a adolescência e todas as transições dentro desta fase, são também acompanhadas, segundo Meleis (2010), por problemas na formação da identidade, imagem corporal, uso de drogas e problemáticas ligadas à sexualidade, pelo que a sua resolução precoce vai influenciar o estado das suas transições futuras.

Conforme refere Coimbra de Matos (2002), as perturbações emocionais do adolescente, os desvios comportamentais e as doenças mentais que se apresentam nesta fase, constituem “pela sua frequência, gravidade social e complexidade de tratamento, um magno problema para os Serviços de Saúde Mental”.

Assim, a adolescência toma um lugar crítico no processo de desenvolvimento do indivíduo, quer seja na aquisição da sua identidade, quer seja no desenvolvimento da sua autonomia. É importante que a transição para a adolescência se realize de forma saudável e que as suas estruturas estejam maturadas de acordo com a fase transicional, da mesma maneira que a transição para a adulto vai ser condicionada pelo seu desenvolvimento. No entanto, estas questões não são lineares, cada indivíduo possui a sua própria singularidade, as suas próprias características que o definem e estão sujeitas a diferentes influências, consoante o meio em que estão inseridos.

3.2 Ansiedade

Portugal em 2018, de acordo com o relatório *Health at a Glance 2018*, divulgado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), com base em estimativas realizadas pelo Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde, no ano de 2016, foi identificado como o quinto país da União Europeia com maior prevalência de problemas de saúde mental. Segundo este relatório, 18,4% da população portuguesa sofre de doença mental, das quais destacam distúrbios de ansiedade (6%), distúrbios de depressão (6%), distúrbios bipolares e esquizofrenia (2%), consumo de álcool e drogas (2%) e outros (4%). A nível da União Europeia, refere ainda este relatório, que os distúrbios de Ansiedade são a causa mais comum de problemas de saúde mental, sendo mais comuns no sexo feminino. A esta informação, o Conselho Nacional de Saúde, no relatório *Sem mais tempo a perder*, acrescenta que em Portugal, em 2018, foram vendidas quase 10,5 milhões de embalagens de ansiolíticos, número este que veio a crescer em anos anteriores.

A ansiedade é, segundo o International Council of Nurses (ICN) (2019), uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia.

Na 5ª edição do manual de diagnóstico e estatística de transtornos mentais (American Psychiatric Association, 2013), são descritas como características diagnósticas do Transtorno de Ansiedade Generalizada, “a ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva) acerca de diversos eventos ou atividades”. A sua intensidade, duração ou frequência, é desproporcional à probabilidade real ou ao impacto do evento antecipado. O indivíduo tem dificuldades de controlo da preocupação e de evitar que pensamentos preocupantes interfiram na atenção às tarefas. As crianças com o transtorno tendem a preocupar-se excessivamente com a sua competência ou a qualidade do seu desempenho (American Psychiatric Association, 2013).

Herdman e Kamitsuru (2014), citados por Sampaio, Gonçalves e Sequeira (2020, p.128) definem a ansiedade como “um sentimento vago de desconforto e temor, acompanhado por uma resposta autonómica (a fonte/origem é frequentemente inespecífica ou desconhecida para a pessoa), como um sentimento de apreensão causado pela antecipação de um perigo”. Assim, é considerada um sinal de alerta face a um perigo iminente que orienta a pessoa a tomar medidas para lidar com a ameaça percebida.

Townsend (2011) corrobora, definindo ansiedade como “uma apreensão difusa que é vaga na sua natureza e está associada com sentimentos de incerteza e impotência”, atribuindo ao caos e confusão, existente atualmente no mundo, a origem da ansiedade. De facto, com a instalação da Pandemia por COVID-19, foi considerado em Portugal, segundo a DGS (2020) que os sentimentos de medo, angústia e ansiedade associados na população, revelaram-se como um impacto na saúde mental individual e social. Ainda para Townsend (2011), **baixos níveis de ansiedade são adaptativos, fornecendo assim mecanismos e motivação para a sobrevivência.** No entanto, quando o indivíduo não consegue prevenir que a sua ansiedade aumente a um nível em que haja compromisso da satisfação das suas necessidades básicas, esta é considerada problemática.

Peplau (1963) é ainda citada por Townsend (2011), na medida em que identifica quatro níveis de ansiedade:

- Ligeira: Representa raramente um problema para o indivíduo. Associada a tensão sentida em resposta a eventos do quotidiano. Prepara para a ação, aumenta a produtividade e resulta numa consciencialização do ambiente. Reforço da aprendizagem;
- Moderada: Indivíduo menos alerta para eventos do ambiente. Aumento do nível de ansiedade = diminuição da extensão do campo preceptivo. Diminuição da atenção e concentração, apesar de possibilidade de orientação mantida. Pode ser necessário ajuda externa para a resolução de problemas. Aumento da tensão muscular e desassossego;
- Grave: Campo preceptivo diminuído = concentração centrada num detalhe, ou em vários irrelevantes. Atenção muito limitada e dificuldade em tarefas simples. Sintomas físicos de palpitações, insónias, dores de cabeça mais evidentes e emocionais, como a confusão, medo e horror. Possibilidade de o comportamento ser apenas para alívio da ansiedade;
- Pânico: O indivíduo não se consegue focar em nenhum detalhe do ambiente. São comuns as más interpretações. Perda de contato com a realidade. Podem haver alucinações ou delírios. Podem haver comportamentos bizarros, desesperados ou afastamento extremo. Comunicação com outros ineficaz. Pânico prolongado pode colocar o indivíduo numa situação de perigo de vida.

Na adolescência, transtornos de ansiedade, podem ser experienciados com excesso de irritabilidade, frustração ou raiva, afetando o desempenho escolar e promovendo o isolamento social, que por sua vez, podem conduzir a estados depressivos, escalando para comportamentos autolesivos.

Assim, a ansiedade pode-se traduzir em ganhos para o desenvolvimento pessoal do indivíduo ao longo do seu ciclo de vida, como pode também, consoante o aumento da sua intensidade e deficit individual de estruturas mentais, ser devastador. Andrade e Gorenstein (1998) referem que a ansiedade é um estado emocional inerente ao espectro regular das experiências humanas. Podendo ser propulsora de desempenho, como patológica quando desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando o objeto específico, para o qual o indivíduo se deve direcionar, é inexistente.

Correia (2014) acrescenta ainda que a ansiedade pode constituir-se como um “estado” ou um “traço”. A ansiedade “estado” refere-se ao aparecimento de sintomatologia num momento concreto e bem delimitado. A ansiedade “traço” refere-se à tendência que os indivíduos têm de se relacionar com o ambiente com uma elevada carga de ansiedade associada. Podendo esta ansiedade ser manifestada por um eixo fisiológico (sintomatologia somática), cognitivo (ideias, pensamentos ou crenças face a perigos atuais ou futuros) e comportamental (reações).

3.3 Mediadores expressivos

Pode ser entendido por mediador expressivo, “toda a ação, atividade, instrumento, técnica ou consigna proposta a um cliente ou participante, para o levar a se expressar livremente” (Ferraz, 2009, p.19). É através destes, que se atribui o meio inesgotável com que o indivíduo pode comunicar com outro e consigo próprio.

Segundo Ferraz (2009), a promoção da expressão emocional define-se pelo uso e estímulo de “expressões não verbais em contexto terapêutico, com a finalidade de promover o desenvolvimento de competências humanas”. Entende-se por expressão não verbal, todo o tipo de expressão e comunicação que não envolva a palavra, fala ou diálogo. Estas terapias valorizam o sentimento, a emoção, os sentidos e as memórias, visam a expressão do indivíduo, do seu inconsciente de forma genuína.

Ter a atenção plena da importância do “não verbal” na relação terapêutica, foi algo que muitos autores como Chalifour (2008) e Townsend (2011) deram ênfase, no

sentido de manter a qualidade desta, sem privilegiar ou negligenciar processos internos, emoções e comportamento, com o objetivo de favorecer a promoção da cura e mudança. Ambos também remetem para a dificuldade desta atenção, mas segundo Chalifour (2008) compreendendo que não seja fácil, com a experiência necessária, o interveniente vai desenvolvendo esse “cuidado”.

O objetivo da expressão emocional, para Ferraz (2009), não é a reestruturação da personalidade, nem o tratamento de patologias emocionais, mas sim, a promoção do “despertar” de capacidades e competências inatas ou ainda não desenvolvidas, devido a um mau estímulo do meio educacional ou familiar. O conceito de competências inatas ou recursos latentes também foi tema de autores como Chalifour (2008), que citando Rogers & Kinget (1969) “todo o organismo está animado de uma tendência inata para desenvolver todas as suas potencialidades e para as desenvolver de um modo que favoreça a sua conservação e o seu enriquecimento”. É no pressuposto desta tendência atualizante dos indivíduos, que Rogers (1997), numa abordagem centrada na pessoa, conclui que “o indivíduo traz dentro de si a capacidade e a tendência, latente se não evidente para caminhar rumo à maturidade”. Num clima psicológico adequado, essa tendência é facilitada, tornando-se real em vez de potencial. No entanto, a tendência inata que Rogers (1997) refere, pode encontrar-se oculta e a sua expressão ser dificultada, através de processos psicológicos de defesa, mas citando a conclusão de Rogers (1997) para este pormenor: “porém sustenho que ela [tendência atualizante] existe em cada indivíduo, e aguarda somente pelas condições apropriadas para ser liberada e expressa”.

Assim, a intervenção para Chalifour (2008) consiste em “ajudar o cliente a libertar-se de certos entraves que o impedem de reconhecer o seu modo particular de estar no mundo (...) para que este se possa desenvolver de acordo com a sua natureza”.

Ainda segundo Ferraz (2009), a integração do termo “expressiva” em Terapia é de extrema importância, pois fazendo ênfase aos trabalhos de Natalie Rogers (1989), filha de Carl Rogers, a cita, referindo que “O terapeuta expressivo combina movimento, arte, escrita, imaginação guiada pela música, meditação, trabalho corporal, comunicação verbal e não verbal, para facilitar o autoconhecimento interior, a autoexpressão, a criatividade, e estados mais alterados de consciência”. Assim, esta tipologia de terapia expressiva difere de outras formas de terapias que utilizam a Arte como principal instrumento de trabalho, pelo facto de não se centrar somente na expressão mediada por apenas um único mediador, ativando assim exclusivamente

apenas certas regiões do cérebro, mas sim trabalhando com “todas as formas humanas de expressão não verbal”, pois desta forma, ao promover um estímulo maior a nível dos sentidos, cinestesia, simbólico, sensações, sentimentos, emoções, imaginação, memórias e energias humanas, estarão a ser ativadas outras regiões do cérebro, estando assim o indivíduo “convidado integralmente para o trabalho”. Surge assim o termo de Terapia Expressiva Integrada, que com recurso aos mediadores expressivos, são mobilizadas nos indivíduos, as “energias psíquicas”, de forma a estas serem libertadas, contidas ou harmonizadas, conforme a sua necessidade.

3.3.1 Música como mediador expressivo e instrumento terapêutico

A música surge como mediador expressivo do tipo artístico, no entanto, aliado a outros mediadores são catalisados os ganhos para o indivíduo. O ser humano é multidimensional, as suas relações desenvolvem-se em vários planos, “não é somente um som, nem movimento, nem cor, nem cheiro, nem corpo, nem somente textura. O ser humano é na verdade tudo isso e não somente isso” (Ferraz, 2009, p.22).

Para Barreira (2009), a música nos dias de hoje, encontra-se em locais variados, está vinculada à emoção, “a uma relação entre o corpo e o sentimento”. A música é ouvida quando se pretende expressar movimentos corporais, é geradora e modificadora de sentimentos, pode ser analisada conforme o seu timbre, melodia, estrutura e construção. Este autor acrescenta ainda que “no útero a criança demonstra sensibilidade ao ambiente sonoro, uma vez que convive com os sons provocados pelo corpo e pela voz da mãe”.

A música pode ser utilizada com uma abordagem passiva, ou com uma abordagem ativa. Segundo Blonde, Pedersen e Wigram (2002) na abordagem passiva a música pode influenciar o comportamento e a resposta psicológica, modificando emoções e respetivos sentimentos. Na abordagem ativa o comportamento patológico e o estado emocional da pessoa influenciam e podem ser evidenciados através da sua expressão no instrumento.

As vibrações também possuem uma interpretação musical, que por exemplo para pessoas com défice auditivo, são consideradas uma interação importante com o ambiente. Barreira (2009), refere que as vibrações sonoras “transformam-se em parte do indivíduo como se estivessem lá todo o tempo. Já o silêncio, a ausência do som,

são na verdade os sons que chegam até aos ouvidos, mas não se podem ouvir (...). Se a ressonância é um facto mecânico de vibração, o ser num mundo vibrante e pulsante de ondas sonoras é fonte de emoção”.

São vários os estudos realizados acerca das potencialidades e efeitos da música, como ferramenta para a gestão e redução da ansiedade. Em 2006, foi realizado um simpósio na Universidade de Stanford, Estados Unidos da América, em que participaram vários cientistas, etnomusicólogos e músicos que exploraram o efeito terapêutico da música rítmica. Várias participações neste simpósio foram registadas por Saarman, E. (2006) e publicadas no relatório de *Stanford News Service*, “*Feeling the beat: Symposium explores the therapeutic effects of rhythmic music*” a 31 de maio de 2006. Foi referido neste simpósio, por Turow (2006), que existe um corpo crescente de neurocientistas que suportam a teoria que se existir uma correlação física e a experiência consciente, incluindo estados de concentração, ansiedade e de sono, em relação à exposição à música, esta acontece a nível das ondas cerebrais. Pois aparentemente, explica a capacidade de rapidez, em tempo real de alterações de consciência. Um destes trabalhos de investigação é o de Will e Berg (2007) que através da exposição a diferentes sons, com recurso à eletroencefalografia demonstram que existe sincronização cerebral com música e consequente produção de ondas cerebrais *alfa*, ondas estas que estão presentes em estados de relaxamento conscientes, corroborando outros trabalhos que demonstram que músicas com 60 batidas por minutos (bpm) são geradores de estados de relaxamento.

Assim, atualmente a música está presente no quotidiano de todos nós, para mais, com o desenvolvimento da tecnologia que nos rodeia, pensar na música “como elemento que une de forma complementar o som e o silêncio faz com que o indivíduo tenha uma relação intrínseca com a capacidade de perceber o mundo à sua volta, permitindo-lhe, a partir disto, construir e produzir a sua própria história de diferentes maneiras” (Gohn e Stavracas, 2010), atualizando assim, de um modo preferencialmente ideal, todas as suas características, invocando os seus recursos latentes, promovendo a sua própria harmonia em saúde.

3.4 Modelo dos Sistemas de Betty Neuman

O Modelo dos Sistemas de Betty Neuman surge na década de setenta, do século vinte, como necessidade de estruturar estratégias eficazes na resolução de problemas complexos.

Neuman (1995), no seu modelo, opta pelo termo de “cliente” em vez de “pessoa” para demonstrar respeito pela relação de colaboração que existe entre cliente e prestador de cuidados.

É definido “Sistema” como uma unidade penetrável constituído pelas suas partes. Com base nesta definição, Neuman (1995) considera que a Enfermagem pode ser conceptualizada como um todo completo, constituída por partes identificáveis, sendo que esta estrutura completa é mantida por inter-relações entre as suas partes e respetivas regulações que ocorrem, atribuindo a este sistema um carácter dinâmico e aberto. Segundo Aylward (2001), inicialmente, foi desenvolvido para o contexto de pós-graduação, enfatizando uma visão holística com quatro dimensões ou variáveis (Fisiológica, Psicológica, Sociocultural e de Desenvolvimento) e mais tarde, em 1995, é integrada a Espiritual. Cada sistema, seja o cliente, família, grupo, comunidade ou problema social, é constituído por um núcleo, a que deu o nome de Estrutura Básica, protegido por Linhas de Resistência, que por sua vez são revestidas por Linhas Normais de Defesa e mais externamente por Linhas Flexíveis de Defesa.

Cada sistema e respetivas linhas estão em constante interação com o ambiente exterior através de energias, a que dá o nome de stressores.

Para Neuman (1995), a Saúde e Doença são dois conceitos opostos no seu contínuo. Saúde é a melhor situação de bem-estar possível num determinado momento e quando existe mais energia conservada, que gasta. É no oposto desta situação que ocorrem episódios de doença. Assim, de uma visão holística, o cliente é percecionado como um organismo ativo, dotado de um ambiente interno, em constante interação dinâmica com o ambiente externo.

O Enfermeiro é um elemento chave na manutenção da estabilidade do sistema do adolescente na identificação dos stressores e dos seus efeitos, e do desenvolvimento de estratégias para o ajudar no ajuste necessário para a otimização da sua saúde, assim como na atuação nos três níveis de prevenção.

Nas interações entre diferentes sistemas, na adolescência, podem apresentar-se diferentes fontes de energia que originam ansiedade. Havendo um compromisso das suas linhas de defesa, esta ansiedade por conduzir a um desequilíbrio no sistema do adolescente, provocando situações de adoecimento mental. O Enfermeiro deve integrar o adolescente, na sua globalidade dimensional, em constante interação com o ambiente, e identificar os estímulos de origem, elaborar um plano de cuidados, que deve ser negociado e aceite por ambos.

3.5 Teoria das Transições de Afaf Meleis

A Teoria das Transições de Afaf Meleis é uma teoria de médio alcance, inicialmente construída na década de sessenta, para relatar os processos envolvidos em planeamento familiar (tornar-se pai ou mãe) e domínio dos seus papéis. Segundo Guimarães e Silva (2016), esta Teoria foi desenvolvida nos anos oitenta, por Afaf Meleis e Norma Chick, descrevendo a transição como um conceito de Enfermagem, caracterizada pelos resultados de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes, de forma singular, diversificada e complexa. São geradores de significados variados, determinados pela consciencialização individual, cuja ausência significa uma clivagem e inibição no processo.

As transições podem ser de natureza desenvolvimental, situacional, saúde-doença e organizacional, apresentando padrões simples (única transição) ou múltiplos, sequenciais (intervalos distintos de tempo) ou simultâneos e relacionados ou não relacionados. (Guimarães e Silva, 2016).

Cada evento crítico, o ponto de transição de cada experiência, representa um momento vulnerável para cada indivíduo. Este, pode não ter consciência do processo de mudança e as condicionantes facilitadoras tornarem-se insuficientes, prevalecendo a energia das condicionantes inibidoras. Acontecendo isto, o processo de transição não é considerado saudável.

Segundo Guimarães e Silva (2016)

“Uma transição saudável é determinada pelos padrões de resposta do indivíduo ao processo de transição, que pode se dar a partir dos indicadores de processos e de resultados. Os indicadores de processo são importantes porque permitem identificar se o indivíduo, que vivencia a transição, encontra-se na direção de saúde e bem-estar, ou na direção de vulnerabilidade e riscos”. (Guimarães e Silva, 2016, p.3)

Os indicadores de processo comportam o sentir-se ligado, o interagir, o estar situado e o desenvolver confiança e coping. Os indicadores de resultado, por sua vez, comportam a maestria e integração fluída de identidade.

O Enfermeiro é um elemento de ajuda na consciencialização da transição, dos condicionantes facilitadores e inibidores do adolescente, beneficiando a maturidade e harmonia. Valoriza o adolescente, como indivíduo, e garante a adaptação e capacidade de padrões de resposta saudáveis, quando este experiencia situações com cargas ansiosas significativas e de desequilíbrio, mobilizando os seus recursos internos e externos.

A teoria das transições é apresentada, na medida que, a adolescência representa uma fase de transição, que comporta várias transições simultâneas, quer a nível da formação da identidade, alterações na imagem corporal e definição da sua sexualidade. Nestas fases a ansiedade pode desempenhar um papel contributivo, como de barreira, dependendo da sua intensidade. Nesta última, a sua resolução precoce vai influenciar o estado de compromisso das suas transições futuras.

O Enfermeiro tem um papel fundamental na adaptação do adolescente e da família, tanto a nível da compreensão das transições, como de identificação dos fatores facilitadores e inibidores e das condições ambientais favoráveis para que o processo de transição seja realizado com harmonia.

4. METODOLOGIA

Para a aquisição de capacidades e competências, na resolução de problemas, foi utilizada a metodologia de projeto, com construção de um projeto de estágio, que foi elaborado com base num diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação. Este estágio serviu como campo de trabalho, onde se desenvolveu o projeto em questão, do qual resulta este relatório, que demonstra e comprova a aquisição das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Para a execução do projeto, foram realizados momentos de observação e diagnóstico do contexto hospitalar e comunitário onde se desenvolveram os estágios, com identificação de áreas temáticas de desenvolvimento. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, definidos objetivos e o planeamento, execução e avaliação de atividades. É de referir que no projeto elaborado, com o tema da música como mediador expressivo na redução da ansiedade no adolescente, as atividades nele contidas, incidiam, na sua vasta maioria, na utilização da música de forma ativa. Esta forma, pela construção musical que envolve o manuseamento de instrumentos, revelou-se conter barreiras, tanto pelo tempo limitado de desenvolvimento dos Estágios, como de indicações de segurança de distanciamento, emanadas pela DGS (2019). Assim, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e desenvolvimento de atividades com a utilização da música de forma passiva.

Desta forma, para a concretização dos objetivos apresentados, foi definida uma estratégia comum a ambos os contextos de ensino clínico, cujo cronograma se encontra em apêndice I, que previa os seguintes momentos de ação:

1. Apresentação da unidade e da equipa multidisciplinar, com discussão de objetivos e temática a desenvolver;
2. Integração no contexto de prática clínica, com participação nas atividades da equipa de Enfermagem, com adolescentes e famílias;
3. Desenvolvimento da relação terapêutica com os adolescentes;
4. Elaboração de planos de ação e respetiva validação, para as atividades a desenvolver;
5. Desenvolvimento de atividades e respetiva avaliação;
6. Participação em reuniões multidisciplinares;

7. Realização de um Estudo de Caso num dos contextos;
8. Elaboração do Relatório de Estágio.

A pesquisa bibliográfica foi realizada de forma contínua e transversal a todos os momentos. As reflexões críticas pessoais escritas, foram elaboradas de acordo com o Ciclo Reflexivo de Gibbs (Jasper, 2003). Esta ferramenta encontra-se estruturada em seis etapas, com indicadores específicos, num modelo sequencial, que torna o ato de refletir, produtor de conhecimento e crescimento pessoal e profissional. Em contexto hospitalar as reflexões críticas foram realizadas semanalmente e em contexto comunitário foram realizadas diariamente. No final de cada atividade e no final de cada turno de trabalho foram realizadas reflexões e momentos de supervisão da prática clínica, com os respetivos Enfermeiros Especialistas Orientadores.

De acordo com Johns (2013), a Prática Reflexiva, é a consciencialização dos nossos pressupostos. De como estes regem a nossa prática; de como se transformam para abraçar a mudança; da compreensão de resistências à sua transformação e do seu impacto. Para Santos e Fernandes (2004), assim como para Peixoto e Peixoto (2016), a Prática Reflexiva constitui-se como um meio fundamental de capacitação e desenvolvimento na aprendizagem, tanto para estudantes, como para profissionais de Enfermagem. Por sua vez, torna-se uma habilidade que promove o autoconhecimento, com ganhos fundamentais na qualidade dos cuidados prestados. Assim, com base em atitudes reflexivas, é atribuído aos estudantes e profissionais a responsabilidade partilhada pela aproximação da teoria à prática, consequentemente, aumentando o corpo de conhecimento da própria Enfermagem, como disciplina.

A realização do exercício reflexivo permite assim, que o Enfermeiro, ou estudante de Enfermagem, (re)avaliem as suas intervenções, situações ocorridas ou planeamento de cuidados. Permite também a compreensão e transposição de sentimentos que derivaram da experiência analisada, resultando em aprendizagens significativas para os intervenientes das relações. Permite ainda a aquisição e desenvolvimento de competências, referidas por Phaneuf (2005) e Benner (2011). No caso específico de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, é esperado que o Enfermeiro Especialista, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018), possua um elevado conhecimento e consciência de Si. Um trabalho interno difícil e dedicado, cujas reflexões tomam um papel fundamental.

4.1 Considerações Éticas

Para Thompson, Melia e Boyd (2004), no contexto dos cuidados de saúde, tratar a pessoa com base na consciência dos seus direitos, significa respeitá-las. Significa ainda ter em consideração a sua autonomia e proteção daqueles que a perderam devido a doença, incapacidade ou problema mental, promovendo a sua recuperação, reconhecendo os seus direitos à verdade, privacidade e de receber cuidados e tratamentos.

Segundo o artigo 85º. – *Do dever de sigilo*, do Código Deontológico do Enfermeiro, na sua alínea d), consta que o Enfermeiro, obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assume o dever de “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (OE, 2005, p.115).

Qualquer exposição de dados clínicos, que possam comprometer a identidade dos clientes, coloca em risco a sua integridade. Os adolescentes, pela fase de desenvolvimento em que se encontram, as consequências podem ser graves, desde a sua reabilitação sociocomunitária até a questões relacionadas com preconceito e estigma, representando uma regressão no seu estado de saúde.

Assim, foi assegurada, em todos os momentos a confidencialidade e anonimato dos adolescentes ao longo de cada Ensino Clínico e trabalhos académicos que foram elaborados, estando este Relatório de Estágio afeto. Não foram ainda identificadas as instituições de Saúde, pela sensibilidade e área geográfica de cuidados que abrangem, nem foram incluídas neste relatório, na sua versão para publicação, as reflexões críticas realizadas.

Relativamente ao Estudo de Caso, este é considerando como uma abordagem metodológica de investigação, quando a compreensão, exploração ou descrição de acontecimentos e contextos complexos multifatoriais se apresentam como objetivo (Amendoeira e Figueiredo, 2018).

A elaboração deste Estudo de Caso, decorreu em contexto hospitalar. Foi realizada uma discussão com o Enfermeiro Orientador do contexto de prática clínica, onde foi selecionado uma adolescente, cujo presente estudo, incide. Metodologicamente foi realizada uma entrevista inicial, consultas ao processo clínico informático, discussão com profissionais do contexto de prática clínica e foram desenvolvidas intervenções,

com base em pesquisa bibliográfica efetuada, no âmbito da prática de cuidados do EESMP. Foi explicado à adolescente o contexto de realização do Estudo de Caso, salvaguardando o seu consentimento, assim como em todas as atividades desenvolvidas. A descrição das atividades encontra-se no ponto 5.2 deste documento. Todas as informações utilizadas para a realização do Estudo de Caso, que pudessem identificar os intervenientes, independentemente do suporte utilizado, foram eliminadas após a elaboração do mesmo, salvaguardando e respeitando o princípio da confidencialidade, assim, este Estudo de caso não foi incluído neste relatório, na sua versão para publicação.

5. PERCURSO DE APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NOS CONTEXTOS

5.1 Contextos de prática clínica

5.1.1 Internamento hospitalar

A unidade de Internamento de Pedopsiquiatria encontra-se inserida num Hospital de um Centro Hospitalar da Região de Lisboa de Vale do Tejo. Visa a prestação de cuidados a crianças e adolescentes até aos 18 anos de idade (exclusive), assim como integração das suas famílias nos cuidados. Apresenta uma lotação praticada com capacidade para 16 crianças/adolescentes. Apresenta uma equipa multidisciplinar e o método de trabalho em Enfermagem é o de Enfermeiro Responsável. São admitidas crianças e jovens, a partir da referência de Consultas, Hospital de dia e da Urgência Pediátrica deste Hospital, em situação aguda que necessitem de intervenções terapêuticas e/ou regimes medicamentosos ou internamentos eletivos. Possui uma sala de contenção ambiental, almofadada e com uma janela em acrílico reforçado, com materiais almofadados para direção de comportamentos agressivos ou gestão da ansiedade. Possui ainda um quarto de confinamento, face às condições de pandemia atuais, é utilizado aquando do acolhimento de uma criança/jovem, em que este permanece, desde a sua entrada na unidade até os testes realizados para COVID-19 se concluírem como negativos.

Estão programadas atividades de grupo semanais, como o Autocuidado, Dança, Expressão dramática, Culinária, Cinema e Relaxamento. Estas atividades são desenvolvidas por Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica, num ambiente protetor, com cuidados de caráter psicoterapêutico, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais.

5.1.2 Comunidade

A unidade de apoio Comunitário encontra-se inserida num Hospital de um Centro Hospitalar da Região de Lisboa de Vale do Tejo. Integra uma rede de suporte a adolescentes dos 13 aos 18 anos, podendo este limite ser ultrapassado em casos em que os adolescentes ainda se encontrem em processos de reabilitação

psicossocial com aproveitamento significativo e que o seu ingresso terá sido anterior ao limite de idade indicado. Esta unidade divide-se em Hospital de dia e Consultas externas, funcionando como ponte entre os recursos comunitários e o internamento de Pedopsiquiatria de um Hospital. Apresenta uma equipa multidisciplinar que serve de suporte ao adolescente com compromisso da sua saúde mental e da sua família, sendo o método de trabalho em Enfermagem o de Enfermeiro Gestor de Caso. Esta equipa articula-se com instituições de apoio a crianças e jovens inseridas na comunidade, escolas e com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. O trabalho é desenvolvido com grupos de adolescentes, individualmente e com as famílias, visando a harmonização do estado de saúde mental, inserção social, integração escolar, equilíbrio emocional e gestão do funcionamento com grupo de pares e família.

5.2 Atividades e concretização dos objetivos

Para organização das atividades na concretização dos objetivos, foi elaborado um quadro de correspondências, que se encontra em apêndice II.

Objetivo: Desenvolver processos de autoconhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro

A concretização deste objetivo realizou-se através de uma Prática Reflexiva, desenvolvida ao longo dos Estágios, tendo já sido iniciada desde o ingresso neste Mestrado em Enfermagem na Área de Saúde Mental e Psiquiátrica. Foram realizadas, em contexto hospitalar, reflexões críticas escritas semanais. Em contexto comunitário foram realizadas diariamente. A estas, juntam-se a supervisão e reflexões orais, realizadas após cada intervenção, após cada turno e em situações específicas que foram alvo de reflexão, assim como, de um modo transversal todos os momentos proporcionaram, desde reuniões multidisciplinares, realização do Estudo de caso, à elaboração do presente relatório.

De acordo com Johns (2013), a Prática Reflexiva, é a consciencialização dos nossos pressupostos. De como estes regem a nossa prática, de como se transformam para abraçar a mudança, da compreensão de resistências à sua transformação e do seu impacto.

Para Santos e Fernandes (2004), assim como para Peixoto e Peixoto (2016), a Prática Reflexiva constitui-se como um meio fundamental de capacitação e desenvolvimento na aprendizagem, tanto para estudantes, como para profissionais de Enfermagem. Por sua vez, torna-se uma habilidade que promove o autoconhecimento, com ganhos fundamentais na qualidade dos cuidados prestados. Assim, com base em atitudes reflexivas, é atribuído aos estudantes e profissionais a responsabilidade partilhada pela aproximação da teoria à prática, consequentemente, aumentando o corpo de conhecimento da própria Enfermagem, como disciplina.

O processo de autoconhecimento e tomada de consciência fez-se parte integrante da minha vida diária, como pessoa e como profissional através da prática reflexiva. Os seus contributos durante os Estágios foram fulcrais para o desenvolvimento dos mesmos e tal se espelhou na vida pessoal e profissional.

A realização do exercício reflexivo permite assim, que o Enfermeiro, ou estudante de Enfermagem, (re)avaliem as suas intervenções, situações ocorridas ou planeamento de cuidados. Permite também a compreensão e transposição de sentimentos que derivaram da experiência analisada, resultando aprendizagens significativas para os intervenientes das relações. Permite ainda a aquisição e desenvolvimento de competências, referidas por Phaneuf (2005) e Benner (2011). No caso específico de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, é esperado que o Enfermeiro Especialista, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018), possua um elevado conhecimento e consciência de si. Um trabalho interno difícil e dedicado, cujas reflexões tomam um papel fundamental.

Não é, no entanto, algo finalizado, uma vez atingido o objetivo. Antes pelo contrário, pelo seu carácter de melhoria contínua, é algo a realizar constantemente. São um contributo para o conhecimento e desenvolvimento da prática de Enfermagem, assim como permite evitar e reparar situações de maior desafio, desencadeadas por uma prática irrefletida e mecanizada que infelizmente podem ser existentes.

Objetivo: Estabelecer e desenvolver uma relação terapêutica com o adolescente com doença mental

Este objetivo, não realizando qualquer comparação a nível de importância com os demais, era dependente e decisor na concretização dos restantes. Numa fase inicial, foi imprescindível um investimento na prática reflexiva e na pesquisa bibliográfica. A

área da saúde mental e psiquiátrica, em termos práticos, era um contexto desconhecido para mim, assim como a área da pediatria. Aceitei-os como um desafio no ingresso deste Mestrado, transformando-os em oportunidades durante o desenvolvimento dos estágios. Rapidamente senti necessidade da identificação de modelo que suportasse a minha prática e que conduzisse a minha ação. De facto, este é um fator para a prática profissional que condiciona de raiz o processo de relação de ajuda. Para Chalifour (2008)

“a partir da sua formação e das suas experiências profissionais, cada interveniente vai construindo, de uma forma mais ou menos articulada, o seu modo singular de estar em relação com os clientes. (...) Contudo, constatamos que um grande número de intervenientes, vivenciam dificuldades em nomear o “modelo” que conduz a sua prática. Essas dificuldades traduzem-se entre outros, pela presença de contradições entre os valores que defendem e os comportamentos que adoptam. (...) Este desconhecimento relativamente ao seu próprio modelo de prática, pode por vezes impelir o terapeuta a intervir de uma forma técnica ou automática, ignorando certas variáveis presentes na relação, correndo o risco de privar o cliente de uma intervenção personalizada e adaptada às suas necessidades”. (Chalifour, 2008, p.7-8).

Com a pesquisa bibliográfica, senti que os modelos com que me identificava e que possibilitaram a concretização deste objetivo, foram os que incluí neste relatório, o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman e a Teoria das Transições de Afaf Meleis. Nomeadamente o primeiro, permitiu-me a identificação de elementos stressores sobre os quais direcionei a minha relação de ajuda e explorei as emoções e sentimentos com os adolescentes, devolvendo-lhes ações e reflexões que visavam a consciencialização dos mesmos, tendo por base a fase de desenvolvimento e de transição em que se encontravam, quais as condicionantes facilitadoras e inibidoras da mesma, permitido pelo segundo, tendo em consideração a sua família, grupo e integração sociocultural.

Para os cuidados de Enfermagem, a relação terapêutica é o cerne da prática, seja de apoio emocional ou de cariz técnico. Constante no enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade, a OE caracteriza a relação terapêutica

“pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde. Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida, envolvendo as pessoas significativas para o cliente individual”. (OE, 2001, p.10)

Também Phaneuf (2011) e Chalifour (2008) remetem a relação terapêutica para a colaboração entre dois participantes visando um clima promotor de crescimento, curativo e preventivo da doença, em que cada um contribui pessoalmente para a procura e satisfação de uma necessidade de ajuda.

No que diz respeito aos processos na relação terapêutica, Chalifour (2008) define como principais a comunicação, tomando a forma particular de uma relação, a entrevista que resulta da relação e as intervenções com carácter psicoterapêutico, que podem ser utilizadas no desenvolvimento da relação.

Relativamente à comunicação, como um processo principal na relação terapêutica, esta assume-se de forma verbal e não verbal, sendo a última a mais eficaz (Phaneuf, 2005), genuína, fruto de poucos condicionamentos e modelagem. Assim, a comunicação também apresenta um carácter terapêutico, que para Phaneuf (2005) é definida como

“Técnicas verbais e não-verbais do cuidador que se foca nas necessidades do indivíduo a quem é prestado o cuidado e que aceleram a promoção da cura e de mudanças. A comunicação terapêutica encoraja a exploração de sentimentos e fomenta o entendimento da motivação comportamental. Não é crítico, desencoraja a atitude defensiva e promove a confiança.” (p.138)

Para a concretização deste objetivo, para além da pesquisa bibliográfica já referida, também foi necessário um grande trabalho interno de autoconhecimento, de intencionalidade e transparência. Para Rogers (1968) citado por Chalifour (2008)

“quanto mais o cliente vê no terapeuta um ser verdadeiro ou autêntico, empático e que o respeita incondicionalmente, mais ele se distanciará de um modo de funcionamento estático, fixo, insensível e impessoal e se dirigirá para um funcionamento marcado por uma experiência fluida, transformadora e plenamente aceitante de sentimentos pessoais cambiantes.” (p.10)

Foi com base neste trabalho, que os adolescentes, tanto em contexto hospitalar, como em contexto comunitário aceitaram a minha presença, integração e colaboração no seu próprio processo de saúde, numa dimensão individual ou em grupo nas suas diferentes dimensões. É de referir que o contacto com as famílias foi condicionado, pela situação pandémica, com a restrição das visitas e a duração da sua permanência em contexto clínico. No entanto, adotaram-se estratégias de contato, como por exemplo as videochamadas, com recurso a plataformas de reuniões digitais.

Objetivo: Contribuir para a otimização e recuperação da saúde mental dos adolescentes, reduzindo a sua ansiedade e mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto, através da utilização da música como mediador expressivo e instrumento terapêutico

Para a concretização deste objetivo houve uma necessidade constante de atualização de bibliografia, que se desenvolveu ao longo dos estágios e foi sendo validada com os Enfermeiros Orientadores. Foram realizados momentos de reflexão e discussão teóricas, principalmente antes e após cada intervenção e contacto com os adolescentes. O mesmo se proporcionou em reuniões de equipa e multidisciplinares, onde foram realizadas apresentações de casos clínicos, projetos de investigação em saúde mental e psiquiátrica e ainda foram discutidos estudos de caso, onde se procuraram estratégias específicas sobre o plano de cuidados a adolescentes. O Estudo de caso que realizei com uma adolescente, forneceu um contributo bastante significativo, permitindo a partilha e discussão das atividades desenvolvidas, quer com os orientadores, quer nestas reuniões, as quais se revelaram como uma mais-valia no seu processo de recuperação de saúde mental e preparação para a alta.

O Estudo de caso, teve como pressuposto teórico o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman e foi discutida a sua intencionalidade com o Enfermeiro orientador, tendo sido selecionada uma adolescente, de quem este era o Enfermeiro de referência. A relação terapêutica já estabelecida com esta adolescente também teve um carácter decisivo para a atividade a desenvolver. Foi explicada à adolescente o âmbito da intervenção, a integração no seu plano terapêutico e a intencionalidade de ajuda na recuperação da sua saúde mental. Procedeu-se a uma entrevista formal não estruturada, com a duração de 30 minutos, onde foi explorado o tema da música e o seu significado para a adolescente.

A entrevista, segundo Chalifour (2008)

“é um tipo particular de interações verbais e não verbais formais entre um interveniente e um cliente ou um grupo de clientes, ao longo das quais os participantes utilizam determinados modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características, do assunto tratado, dos objetivos visados e do tempo que acordam para este fim.” (Chalifour, 2008, p.60)

Os dados colhidos, relacionados com a atividade, foram os da Figura 1 (cujo modelo se apresenta no apêndice III):

Figura 1 - Entrevista de Gosto Musical

Entrevista de Gosto Musical

Nome: _____

Idade: _____

Data: _____ 1 7 2020

	Músicas/sons agradáveis		Músicas/sons a evitar	
	Música/sons	Autor	Música/sons	Autor
Sensações associadas				

Referência/Local/Espaço/Pessoa que confira bem-estar

Mãe e irmão

Notas

Refere ansiedade p/ alta por regerem as notas e a relação c/ o pai

Enfermeiro João Oliveira

Com estes dados foi possível a identificação de músicas e sons agradáveis para a adolescente, que lhe transmitiam emoções e sensações de bem-estar, onde estas foram exploradas relativamente à sua origem e significado para a adolescente. Por sua vez, também foi possível identificar o oposto, músicas e sons desagradáveis, a evitar, que transmitiam emoções e sensações com um significado negativo para a adolescente. Ainda se identificaram pessoas, locais e espaços associados às emoções e sensações referidas.

A partir desta colheita de dados, foi elaborada uma lista de músicas selecionadas como agradáveis para a adolescente, que, quando esta se sentisse ansiosa, poderia pedir para ouvir ou para quando fossem identificados sinais de ansiedade se pudesse sugerir à adolescente ouvir a sua música agradável.

Os contatos que ocorreram após a entrevista tiveram por base uma monitorização subjetiva da sua ansiedade, em que esta era quantificada de 0 a 10, pela adolescente, no início e no final da intervenção (apêndice IV), em que 0 correspondia a um estado calmo, ausente de qualquer tipo de ansiedade e em que 10 correspondia a um estado máximo de ansiedade, de difícil controlo. Assim, como era utilizada uma grelha de observação (apêndice V), construída com base em indicadores NOC, que permitiram identificar e comparar o estado e sintomas da adolescente, também antes e após cada intervenção.

Estas intervenções, tinham como objetivo utilizar a música como instrumento terapêutico na redução da ansiedade da adolescente, afastando-a de estímulos stressores, garantindo por sua vez um estado mais calmo, de possível consciencialização da situação, de quais foram os estímulos, o que significaram para ela, como reagiu e como os interpretou na sua mudança de estado.

Apresentaram-se dois momentos em que num deles a adolescente solicitou ouvir a sua música por se encontrar ansiosa (Figura 2 e 3) e no outro foi identificada uma agitação psicomotora, que quando abordada, a adolescente referiu encontrar-se ansiosa, tendo sido sugerido ouvir a sua música (Figura 4 e 5), cujos resultados são apresentados nas páginas seguintes.

Momento solicitado pela adolescente

Figura 2 - Escala Numérica da Ansiedade (momento solicitado pela adolescente)

Escala Numérica da Ansiedade

Intervenção: _____

Data: _____ 17/02/20

0 – Estado calmo, ausente de ansiedade;
10 – Estado máximo de ansiedade, de difícil controlo.

Nomes	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção	Notas de Reflexão
_____	7	1	Anulação de ansiedade aguda

Notas: - Não realizou nenhuma atividade, apenas sentou e música.
- S/ interrupções.
- Verificou-se alguma agitação entre atividades que registou no final.
- Remeteu o diário p/ os dias de calor e praia no final, após expor-se ante atividades, registou os dias de praia c/ a mãe e irmãos.

Enfermeiro _____ J. Oliveira

Figura 3 - Grelha de Observação da Ansiedade (momento solicitado pela adolescente)

Grelha de Observação da Ansiedade

(Construção adaptada, com base nos Indicadores NOC – Nível de Ansiedade)

Nome: _____

Data: _____ 12/2020

Registrar com um "X" se há evidência, ou "NA" se não aplicável

Indicador	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção
Nervosismo		
Irritabilidade		
Agitação	X	X (- em Tensão)
Ansiedade verbalizada	X	X (- em Tensão)
Introspecção		
Preocupação exagerada sobre acontecimentos de vida	X Alta	
Indecisão	clara	
Desconforto		
Repentes de fúria		
Andar de um lado para o outro		
Dificuldades de aprendizagem		
Dificuldades de concentração		
Dificuldades para resolver problemas		
Tontura		
Tensão facial		
Tensão muscular		

Notas: NO final de intervenção a Agitação e Ansiedade verbalizada foram reduzidas com menor ansiedade, o que se verificou cl/observações. Não se viu produzir cl/ alta cl/ no momento após a intervenção.

Enfermeiro fu Alena

Momento sugerido pelo Enfermeiro

Figura 4 - Escala Numérica da Ansiedade (momento sugerido pelo Enfermeiro)

Escala Numérica da Ansiedade

Intervenção: _____

Data: _____ / ____ / 2020

0 – Estado calmo, ausente de ansiedade;
10 – Estado máximo de ansiedade, de difícil controlo.

Nomes	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção	Notas de Reflexão
_____	4	0	Até 4 Ansiedade Valizada

Notas: Não realizou nenhuma atividade extra, apenas ouvir.
Interrompeu p/ mudar o volume de música p/ + alto.

Enfermeiro _____ *fat oliveira*

Figura 5 - Grelha de Observação da Ansiedade (momento sugerido pelo Enfermeiro)

Grelha de Observação da Ansiedade

(Construção adaptada, com base nos Indicadores NOC – Nível de Ansiedade)

Nome: _____

Data: _____ / 2020

Registrar com um "X" se há evidência, ou "NA" se não aplicável

Indicador	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção
Nervosismo		
Irritabilidade		
Agitação	X	
Ansiedade verbalizada	X	
Introspeção		
Preocupação exagerada sobre acontecimentos de vida		
Indecisão		
Desconforto		
Repentes de fúria		
Andar de um lado para o outro		
Dificuldades de aprendizagem		
Dificuldades de concentração		
Dificuldades para resolver problemas		
Tontura		
Tensão facial		
Tensão muscular		

Notas: S/ agitação, S/ ansiedade no 1º dia de internação. (11h)

14h - Refusou a intervenção - "Gostei mesmo de ouvir as músicas",
- recusado o impacto positivo
- Explorados o motivo - "calme, porque recordo momentos felizes"
- Recusado a possibilidade de o fazer após o lto.

Enfermeiro Jos Oliveira.

Como se verifica, em ambos os momentos, o grau de ansiedade, quantificada pela adolescente e os indicadores de observação da ansiedade, diminuíram após a exposição à sua música agradável. No primeiro momento, numa síntese final, foi confirmado com a adolescente, que a preocupação sobre a sua alta se apresentava como um elemento stressor. Foi explorada esta questão e desenvolvidos momentos no sentido de a preparar, proporcionado a escuta ativa da adolescente sobre de que forma a alta lhe conferia ansiedade, a existência de medos ou receios e a gestão de sentimentos e emoções resultantes, assim como da ansiedade gerada. No início da atividade a adolescente foi questionada se gostaria de efetuar outra atividade enquanto ouvia a sua música agradável, nomeadamente desenho ou pintura, tendo esta recusado. A intencionalidade desta proposta, era a introdução de mais *inputs* para a síntese com a adolescente, utilizando a música como mediador expressivo. Esta documentação foi arquivada em processo clínico e discutida com o seu Enfermeiro de referência, com a sua Médica, assim como discutido em reunião de equipa, obtendo o feedback de que esta intervenção foi uma mais valia para o estado de saúde mental da adolescente em questão. A atividade foi apresentada à equipa e o procedimento explicado, no caso da existência de mais momentos sugeridos ou solicitados. Tal acabou por não acontecer, pois a adolescente teve alta clínica. É de referir ainda que na sua preparação para a alta, foi realizada uma sessão em que foi abordada esta estratégia para a redução da ansiedade, em que a adolescente poderia aplicar no pós-alta.

Objetivo: Prestar cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais ao adolescente com doença mental, visando a redução da sua ansiedade, através da utilização da música como mediador expressivo e instrumento terapêutico

Para a concretização deste objetivo houve também uma necessidade constante de pesquisa bibliográfica, desenvolvida durante os estágios e validada diariamente com os Enfermeiros Especialistas Orientadores. Foram, de igual forma, realizados momentos de reflexão e discussão teóricas, antes e após cada intervenção e contacto com os adolescentes. O mesmo se proporcionou em reuniões de equipa e multidisciplinares, onde foram realizadas apresentações de casos clínicos, projetos de investigação em saúde mental e psiquiátrica e ainda foram discutidos estudos de caso, onde se procuraram estratégias específicas sobre o plano de cuidados a adolescentes, conforme referido no objetivo anterior.

Tanto em contexto hospitalar, como em contexto comunitário foi possível a participação, na prestação de cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais. A minha participação foi efetuada em fases, acompanhada da evolução da relação terapêutica desenvolvida com os adolescentes de ambos os contextos. Numa primeira fase como observador e participante. Numa segunda, como colaborador na organização das intervenções já existentes e participante mais ativo. Numa terceira, como colaborador no desenvolvimento de atividades relacionadas com a música como mediador expressivo e instrumento terapêutico.

O facto de a progressão ter sido efetuada por fases, revelou-se como fundamental na elaboração de atividades e respetivos planos de ação. Foi muito importante para o desenvolvimento da relação terapêutica e para o crescimento pessoal e profissional. Atividades estas, desde expressão dramática, dança e movimento, relaxamento, atividades lúdicas, expressão pelas artes, educação para a saúde, no domínio do pedido de ajuda e comportamentos de risco.

Numa fase mais avançada, foram elaboradas seis sessões de intervenção, três para cada contexto, sendo que no contexto comunitário fui integrado em dois grupos de adolescentes e as três sessões de intervenção foram replicadas para cada grupo. Para cada contexto, cada sessão de intervenção foi adaptada segundo o tempo disponível, *setting* terapêutico, número de participantes, critérios de inclusão, critérios de exclusão e fase da doença mental dos adolescentes (fase mais aguda – contexto hospitalar; fase mais estável – contexto comunitário), cujos planos de ação se encontram em apêndice.

No contexto hospitalar foram realizadas as seguintes sessões de intervenção:

- Desenhar a música (apêndice VI);
- Pintar a música (apêndice VII);
- Baú das emoções (apêndice VIII).

No contexto comunitário foram realizadas as seguintes sessões de intervenção:

- Desenhar a música;
- Pintar a música;
- Painel musical (apêndice IX).

Em todas estas sessões de intervenção foram associados dois mediadores expressivos. A música em todas, sendo que o segundo mediador expressivo, do tipo artístico, variou desde pintura, desenho a moldagem de pasta. Como já foi referido, relativamente aos trabalhos de Natalie Rogers (1989), esta considera que a combinação de movimento, arte, escrita, imaginação guiada pela música, meditação, trabalho corporal, comunicação verbal e não verbal, facilita os processos de autoconhecimento, a consciencialização, a autoexpressão e a criatividade. Assim, a expressão com mais do que um mediador artístico, ativa em simultâneo várias regiões cerebrais, promovendo um estímulo maior a nível dos sentidos, cinestesia, simbólico, sensações, emoções, sentimentos, imaginação, memórias e energias, permitindo a integração mais completa do indivíduo no processo de expressão.

Para Jarreau e Pain (2001) a gestão criteriosa do tempo e organização do espaço terapêutico é fundamental para tornar as aquisições autónomas e duráveis, conferindo a libertação dos constrangimentos e resistências, assim como promovendo a autoconfiança e expressão de conflitos significativos. As sessões de intervenção foram elaboradas, com o tempo definido e transmitido aos adolescentes, com o sentido na criação de regras e limites, apresentando-se como estruturante na sua progressão de melhoria da sua saúde mental. Foram definidos os grupos a frequentar cada sessão, com base em critérios de inclusão e exclusão incluídos nos planos de ação. Relativamente à organização do *setting* terapêutico, este foi desenvolvido num espaço que permitia o contato visual entre todos os intervenientes, quando partilhavam informação, que lhes era familiar, onde já desenvolviam outras atividades, com o objetivo de promover a coesão entre o grupo e facilitar o sentimento de pertença ao mesmo. Todas as sessões continham uma introdução ao tema a trabalhar, do tempo disponível, objetivos, intencionalidade, apresentação do material e música de expressão; uma atividade “quebra-gelo”, que se assumiu como um momento libertador e inicial do processo de expressão; a atividade em si e partilha da experiência, que englobava uma síntese da sessão, partilha de sentimentos, emoções, estado de ansiedade e influência da música ao longo da sessão; e terminava com uma reflexão, que poderia ser de forma descritiva ou numa palavra adjetiva, considerada como mais importante para o adolescente naquele momento. A avaliação de cada sessão de intervenção era realizada com base na partilha de sentimentos, era abordado o estado ante e pós sessão, assim como através da grelha

de observação, com base nos indicadores NOC, e comunicação não verbal dos adolescentes nestes momentos.

Numa primeira fase, antes do desenvolvimento de qualquer sessão de intervenção, foi realizada uma entrevista de grupo, que permitiu o preenchimento individual do formulário da entrevista de gosto musical (apêndice III). Foram assim, consideradas as músicas e sons relatados como “agradáveis” para cada adolescente, inserido num grupo, e incluídas numa lista de reprodução que era tocada em cada sessão de intervenção. Nesta entrevista era explorado o tema da ansiedade e o que representava para o adolescente na sua vida diária, assim como também era abordada a potencialidade da música para a reduzir em situações de pré-crise e de crise instalada. Era reforçado que poderiam haver músicas selecionadas por adolescentes que as consideravam “agradáveis” e as mesmas serem consideradas como “desagradáveis” para outros, facto este que era discutido com os adolescentes na partilha da experiência e das suas consequências durante a sessão de intervenção. Relativamente às emoções, sensações e estados gerados pelas músicas e sons “agradáveis” e “a evitar” pelos adolescentes, corresponderam às palavras e expressões apresentadas no quadro seguinte:

Quadro 1 - Emoções, sensações e estados associados a músicas/sons agradáveis e a evitar

Músicas/sons agradáveis	Músicas/sons a evitar
Calma Relaxamento Segurança Alegria Entusiasmo Concentração “Por vezes deixa-me pensativo” Felicidade “Murro na parede” “Faz com que me consiga relacionar” Boa energia Confiança	Tristeza Pânico Ansiedade Depressão Raiva Dissociação Melancolia Má disposição “Por vezes dores de cabeça” Desconforto Más lembranças Aperto no peito

Estas expressões foram exploradas e contextualizadas com os adolescentes no momento de preenchimento do formulário da entrevista de gosto musical, por exemplo, em contexto comunitário, uma adolescente referiu “Murro na parede”, como sendo derivado da escuta das suas músicas agradáveis, proporcionando um estado de alívio perante um estímulo de frustração. Este “Murro na parede”, não literal, era entendido para a adolescente como um momento libertador, resultante de uma consciencialização desse estímulo, que decorria quando ouvia músicas agradáveis: - “*Consigo acalmar-me, perceber melhor as coisas e dizer já chega, como se desse um murro na parede a dizer já chega, tipo dá-me confiança*”.

Relativamente à questão do que significava a música para estes adolescentes, algumas respostas obtidas foram as seguintes:

Notas
A música é ~~uma escape~~ ^{um escape} para mim
é “um escape” a realidade, com ela consigo
ir para qualquer lugar.

“A música para mim é um escape à realidade, com ela consigo ir para qualquer lugar”.

Notas
É o que me conforta quando me sinto mal

“É o que me conforta quando me sinto mal”.

Notas
Maior parte ^{de} música faz-me lembrar de pessoas, principalmente
quem ~~me está~~ já faleceu.
Cantar ajuda-me a aliviar a ansiedade.

“Maior parte da música faz-me lembrar de pessoas, principalmente quem já faleceu. Cantar ajuda-me a aliviar a ansiedade”.

Notas
A música faz-me ~~ver~~ ^{ver} o mundo numa
diferente ~~perspetiva~~ ^{perspetiva} e refletir

“A música faz-me ver o mundo numa diferente perspetiva e refletir”.

Notas

Para estudar - Indie e alternativo

A música é boa para ocupar os silêncios que há num espaço e que normalmente remetem para pensamentos menos bons, a música faz-me conseguir associar ~~as~~ certas músicas a bons momentos, a maus também mas eu tenho o "poder" de escolher a playlist portanto eu consigo lembrar-me de bons momentos mesmo que esteja mais em baixo

"Para estudar - Indie e alternativo. A música é boa para ocupar os silêncios que há num espaço e que normalmente remetem para pensamentos menos bons, a música faz-me conseguir associar certas músicas a bons momentos, a maus também mas eu tenho 'poder' de escolher a playlist portanto eu consigo lembrar-me de bons momentos mesmo que esteja mais em baixo".

Notas

Odeio ouvir pessoas a comer.

A música no meu dia a dia tem uma enorme importância desde motivação a limpar a casa, nos intervalos entre as aulas, ou simplesmente por lazer.

"Odeio ouvir as pessoas a comer. A música no meu dia a dia tem uma enorme importância desde motivação a limpar a casa, nos intervalos entre as aulas, ou simplesmente por lazer".

Notas

Há algumas músicas que ^{quando} eu ouço lembro-me de alguém especial e por isso sinto-me mais segura a ouvir essas músicas.

"Há algumas músicas que quando eu ouço lembro-me de alguém especial e por isso sinto-me mais segura a ouvir essas músicas".

Na globalidade dos adolescentes que participaram nos grupos das sessões de intervenção, todos referiram que a música estava presente no seu dia a dia e que estava associada a emoções e sensações positivas para estes, no que diz respeito às músicas "agradáveis. Para estes, a música apresentava-se como uma estratégia de redução de ansiedade num contexto dissociado de cuidados de saúde, que para

muitos, estas sessões se apresentaram como as primeiras com utilização da música. As intervenções de Dança e Movimento, do contexto Hospitalar também utilizava a música como mediador expressivo, juntamente com a expressão pelo movimento como mediador principal.

Das respostas, expostas em cima, pode-se destacar a capacidade da música “agradável” de remeter os jovens para memórias que confirmam estados de relaxamento, reduzindo assim a sua ansiedade, representadas por um local específico ou companhia de alguém significativo, potencializando os processos de consciencialização: - *“A música faz-me ver o mundo numa diferente perspetiva e refletir”*. Num dos casos, uma adolescente referiu que a *“Maior parte da música faz-me lembrar de pessoas, principalmente quem já faleceu”*. Esta adolescente, após uma exploração do significado desta frase, referiu que haveriam certas músicas agradáveis que a faziam pensar nos seus avós, que tinham falecido num acidente trágico. Esta referência permitiu identificar nesta jovem uma ansiedade de separação, face a um evento traumático e um processo de luto não realizado, já conhecido pela equipa multidisciplinar, mas que foi reforçada a necessidade da abordagem desta temática em contexto individual. A questão da morte foi trabalhada nesta sessão, durante a fase de reflexão em contexto grupal.

As sessões de intervenção “Desenhar a música” e “Pintar a música” foram realizadas de forma sequencial. Em ambas foram reproduzidas as listas de reprodução de músicas “agradáveis” respetivas de cada grupo de jovens. Na sessão de “Desenhar a música” foi utilizado o carvão para o desenho, cujo resultado seria utilizado na sessão “Pintar a música” com recurso a tintas e pincéis.

Figura 6 – Desenhar e Pintar a música 1



Figura 7 - Desenhar e Pintar a música 2



Figura 8 - Pintar e Desenhar a música 3



A utilização do carvão para o desenho revelou ser para todos os adolescentes, uma novidade, no entanto, para alguns adolescentes confortável, para outros, desconfortável. A dificuldade na escolha da peça de carvão e a sujeira produzida nas mãos foram os fatores que mais se traduziram na manifestação de frustração, com consequente aumento do estado de ansiedade, estado este que, para alguns adolescentes, foi posteriormente reduzido devido ao foco na sua música “agradável”. Nenhum dos adolescentes, no entanto, recusou o uso do carvão.

Durante a partilha de experiências, os adolescentes referiram dificuldade no início da elaboração do desenho, por não saberem o que desenhar, mas que quando tocava a sua música “agradável” este processo se tornava mais fácil e conseguiam expressar melhor o que sentiam naquele momento sob a forma de desenho simbólico. Houve também alguns adolescentes que referiram que, a música “agradável” a ser

reproduzida não contribuiu para a expressão, mas que de facto tinham sentido prazer de a ouvir em contexto de atividade de grupo durante o desenho e pintura.

Na sessão de intervenção “Baú das emoções” foi utilizada a pasta moldável e também foram reproduzidas as listas de reprodução de músicas “agradáveis”. Foi proposto, numa primeira fase, a moldagem da pasta de acordo com os sentimentos presentes no momento. Numa segunda fase procedeu-se à remodelagem da pasta, remetendo à construção de um baú para conter as emoções e sentimentos negativos, permitindo assim a sua identificação e exploração do seu impacto para os adolescentes, posteriormente na partilha de grupo. Nesta fase a música “agradável” era reproduzida.

Figura 9 - Baú das emoções 1



Figura 10 - Baú das emoções 2



Houve novamente referência à facilidade na expressão devido à reprodução das músicas agradáveis, assim como na sessão de intervenção “painel musical”.

Na sessão de intervenção “painel musical” foi proposto uma construção coletiva de um painel, sobre o que a música representava para cada adolescente, desenho ou palavra, com o material à escolha com a reprodução de músicas “agradáveis”

Figura 11 - Painel musical 1



Figura 12 - Painel musical 2



5.3 Aquisição de competências

A aquisição de competências em Enfermagem, como ciência, centrada no cuidado à pessoa, possui um carácter dinâmico e evolutivo. Se por um lado, uma formação sólida é fundamental para o processo de aquisição de competências, por outro, a aplicação das mesmas na prática, a atualização constante de conhecimento com base em evidências científicas, assim como o desenvolvimento e características pessoais e profissionais, bem como, a evolução humana, conferem a este processo uma característica evolutiva. Por outras palavras, a aquisição de competências em Enfermagem, não é algo estanque, como refere Phaneuf (2005), “não pode ser completamente atingida, sem a contribuição do aspecto relacional dos cuidados (...) no entanto, para as pessoas cuidadas, nada é possível, sem a competência da enfermeira”.

Benner (2001), com base no modelo de aquisição de competências de Dreyfus (1980), descreve o modelo de desenvolvimento de competências, aplicado à prática de Enfermagem, identificando cinco estádios: Iniciado; Iniciado avançado; Competente; Proficiente e Perito. Para cada estádio é possível a descrição de características, comportamentos e identificação, em termos gerais, de necessidades de ensino e aprendizagens.

As competências que o Enfermeiro Especialista, independentemente da área de especialização, tem de ter adquirido, encontram-se definidas no Regulamento nº. 140/2019, de 6 de fevereiro, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Neste, integram quatro domínios de competências comuns:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade;
- c) Gestão de cuidados;
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A Enfermagem, assume intervenções autónomas e interdependentes, envolvendo uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas, garantindo desta forma que os cuidados prestados respeitam os direitos humanos, de acordo com as responsabilidades profissionais.

No decurso dos estágios realizados em contexto hospitalar e comunitário, foi garantido que a tomada de decisão foi efetuada, respeitando as normas deontológicas

explanadas no Código Dentológico do Enfermeiro (2015) e no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermeiro (2015), assim como foram realizadas avaliações sistemáticas das melhores práticas e preferências dos adolescentes e famílias, conferindo-lhes o seu direito à confidencialidade, anonimato, privacidade e informação, agindo de acordo com os princípios fundamentais da bioética.

No seio de uma equipa multidisciplinar, a articulação de cuidados foi fundamental para a prestação dos melhores cuidados, exigindo mobilização de conhecimento, reflexões individuais e em equipa, assim como a colaboração nas tomadas de decisão, permitindo uma promoção de um ambiente favorável à prática, terapêutico, gerador de segurança e proteção.

O perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, está definido no Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, em que este:

- a) “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”;
- b) “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”;
- c) “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”;
- d) “Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”

É na especificidade da sua prática, segundo a OE (2018), que as competências de âmbito psicoterapêutico, permitem ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica o desenvolvimento de um juízo clínico singular, tornando a sua prática distinta de outras áreas de especialidade.

Os objetivos apresentados neste relatório de estágio foram construídos com base neste perfil de competências e as atividades desenvolvidas foram referidas visando a sua aquisição. Estas competências refletiram-se na prática de cuidados e na qualidade das relações terapêuticas estabelecidas.

Foi através da sua aquisição e desenvolvimento que foi adquirida uma grande capacidade de autoconhecimento, proporcionando uma construção, de bases fortes e sustentáveis, nas relações terapêuticas desenvolvidas, considerando que estas são o pilar central na prestação de cuidados à pessoa.

Desta forma, é possível ao EESMP, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, fornecendo vivências e experiências de alto grau de gratificação para a pessoa.

Relativamente às competências de Mestre, estas encontram-se contempladas no artigo 15º do decreto-lei n.º 63/2016, de 13 de setembro, que estão de acordo com os descritores de Dublin (2003) do Quadro de Qualificações do Espaço Europeu do Ensino Superior.

Estas competências fazem enunciar um elevado conhecimento e capacidade de compreensão, sustentado em conhecimentos obtidos ao nível do primeiro ciclo, permitindo o seu desenvolvimento e inovação, promovendo contextos de investigação, assim como de resolução de problemas em situações novas em contextos multidisciplinares. É esperado que o Mestre demonstre integração de conhecimento e reflexões ético-sociais, pautando-se por clareza e precisão na sua comunicação, conferindo uma aprendizagem contínua e autónoma.

Estas competências para mim, enquadram-se como um dever para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem, essencial para o reconhecimento e crescimento da profissão em todas as suas áreas de especialidade, dando um enfoque especial à Investigação e geração de novo conhecimento para que se suprimam as necessidades na prática de cuidados, consolidando a prática baseada na evidência.

Assim, ao Mestre em Enfermagem, é atribuído um papel ativo, com reflexão direta na qualidade dos cuidados e dignificação da profissão.

É um caminho que pretendo realizar e fomentar para que outros o façam.

6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Encontramo-nos num ano atípico, de crise instalada face a uma pandemia, acompanhada por cortes relacionais, motivados pelo distanciamento social como principal medida preventiva. Durante os estágios desenvolvidos, foi evidente esta influência da pandemia nos adolescentes, profissionais e famílias. A ansiedade sobre o futuro incerto, riscos de transmissão e por afastamento, foram sentidas nos adolescentes com os quais foram realizadas as várias sessões de intervenção. As diferentes readaptações profissionais diárias, a nível de contexto e prática de cuidados foi um elemento dificultador para a elaboração das atividades, assim como o contacto com as famílias foi condicionado. No entanto, estas dificuldades serviram para reforçar a necessidade da aplicação das atividades relatadas, assim como do investimento na Saúde Mental e regulação da ansiedade dos adolescentes, pelo que as forças motivadoras aumentaram e tanto a finalidade, como os objetivos definidos foram concretizados, apesar das dificuldades referidas.

Para a redução da ansiedade do adolescente, a música apresentou-se como um excelente mediador expressivo e instrumento terapêutico. A inexistência de uma grande quantidade de bibliografia atual sobre a temática, apresentou-se como uma limitação, no entanto esta lacuna foi vista como uma oportunidade de desenvolvimento, que representou um grande benefício, e qualidade para os cuidados prestados pelo EESMP aos adolescentes em contextos hospitalar e comunitário.

A pertinência da temática é excecional, considerando os relatos das partilhas de experiência, uma vez que a música já os acompanha no quotidiano e que de uma forma mais inconsciente, já produz o efeito de redução da ansiedade pretendido. Aqui o principal interesse é a consciencialização deste processo, como útil e passível de ser trabalhado e estruturado com uma intencionalidade bem definida, desde a ausência de som, à produção musical.

Verificou-se também que mais importante que a música, *per si*, é a predisposição que os adolescentes apresentaram perante a mesma e pelos seus gostos musicais. Quero com isto dizer que é apresentada em alguma literatura que músicas com baixos bpm's conferem estados de relaxamento e por consequência a redução de ansiedade, no entanto, esta apresentou-se como produtora de ansiedade para alguns adolescentes, pelo que o trabalho, a partir do gosto musical individual, é fundamental para a intencionalidade expressa.

No contexto hospitalar a utilização da música, potenciou a expressão emocional dos adolescentes em atividades expressivas já existentes com recurso a outros mediadores expressivos, como o desenho, pintura e moldagem de pasta. Como referido, a utilização de um mediador expressivo, presente e influente no quotidiano dos adolescentes, facilitou a identificação de emoções e sentimentos, assim como na exploração da forma como estes atuavam e eram entendidos pelos adolescentes, apresentando-se como uma mais-valia para a prática do EESMP, neste tipo de intervenções expressivas. No contexto comunitário, o mesmo se verificou, associando-se, como reforço à estruturação do adolescente, inserido num grupo. As escolhas musicais de uns, não eram do agrado de outros, no entanto, isto não se verificou como uma barreira, mas sim um adjuvante na expressão emocional. Se por um lado, suscitava alguma frustração, esta era identificada e explorada no imediato e em intervenções futuras. Verificou-se ainda ganhos para a própria dinâmica dos grupos, permitindo a discussão sobre gostos musicais diferentes e os impactos positivos que se verificavam a nível individual, aumentando a coesão grupal e o relacionamento entre os adolescentes.

7. CONCLUSÃO

Com a elaboração deste relatório, pretendeu-se dar evidência à aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista, assim como das competências específicas da área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Segundo a OE (2018), a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, foca-se na promoção, prevenção, diagnóstico da saúde mental e intervenção em respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradoras de sofrimento, alteração ou doença mental.

“As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam (...) São as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro EESMP desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade.” (OE, 2018)

De uma perspetiva à luz do modelo dos sistemas de Betty Neuman (1995), o EESMP, dotado de conhecimentos teóricos, desenvolvendo-os e aplicando-os na prática, estabelece uma relação terapêutica com o cliente, reconhecendo a sua constante relação com o seu ambiente e da forma a que expressa as suas necessidades, expectativas e motivações. Identifica ainda as componentes integradoras na relação que tendem para o equilíbrio, as que dão resposta às necessidades e as que se assumem como barreiras e agentes stressores. Elabora um plano de cuidados e de avaliação, com intervenções que visam a satisfação das necessidades comprometidas e consequente harmonização da relação entre o cliente e o seu ambiente.

Na transição para a adolescência e nas suas transições internas, o EESMP assume um papel excecional na prestação de cuidados. Tendo em conta a sua multidimensionalidade, procura, em parceria com o adolescente e com a sua família, a compreensão da transição em que se encontram, assim como agiliza o processo de aquisição de novas experiências na saúde e doença, facilitando o processo de transição.

Considero assim, que contribuí para a redução da ansiedade dos adolescentes com impacto na sua saúde mental, em ambos os contextos de prática clínica, adquirindo

as competências do Enfermeiro Especialista da área de especialidade de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, assistindo-o e ajudando-o na otimização e recuperação da sua saúde mental, inseridos na família, grupo e comunidade, assim como desenvolvi um grande nível de autoconhecimento, não o considerando como estanque, mas dinâmico, em permanente desenvolvimento, como é o caso também do conhecimento adquirido e da prática clínica. Assim, reconheço que a finalidade e objetivos deste Relatório foram atingidos.

A experiência vivida, em ambos os contextos, revelou-se bastante enriquecedora e marcante. De facto, perceber e lidar com o sofrimento mental dos adolescentes, além de desafiante, teve um grande impacto emocional em mim. Exigiu um grande investimento na pesquisa bibliográfica, mas sobretudo no desenvolvimento do processo de autoconhecimento, através de reflexões críticas e da supervisão dos orientadores. O trabalho desenvolvido pelo EESMP é de enorme profundidade e intensidade, no que diz respeito à sua importância para a recuperação e manutenção da saúde mental dos adolescentes e famílias.

Muito antes do objetivo formativo, surgiu a intenção de contribuir para o processo de recuperação da saúde mental dos adolescentes. Verificaram-se também ganhos pessoais e profissionais. Ganhos estes, que se obtiveram à medida do desenvolvimento das competências específicas do EESMP, assim como, com o contributo do processo de supervisão clínica por parte dos colegas EESMP que me orientaram diretamente nos contextos e ainda pela tutoria realizada pelo professor.

Este processo de supervisão clínica é definido pela OE, como

“um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados” (OE, 2018).

Da construção de conhecimento e desenvolvimento de competências profissionais enunciadas, gostaria de destacar a prática reflexiva. Foi uma competência que desenvolvi, fruto do processo imersivo nos contextos da prática clínica e que procurei potenciar a sua aplicação para os restantes contextos em que estou inserido profissionalmente, e que se apresentou como um contributo excelente para a minha prática em Enfermagem, evidenciando-se na cultura de segurança do cliente e na qualidade dos cuidados e desenvolvimento da profissão.

Algo que já foi referido, mas que destaco novamente, como imprescindível para a prática de Enfermagem na sua globalidade, é a relação terapêutica. Não só de uma perspectiva individual do cliente, mas tendo por base todas as dimensões que o constituem. Ainda mais precoce, a identificação de um modelo de relação de ajuda, por parte do Enfermeiro, é essencial, pois é através de um modelo que as suas intervenções desenvolvidas são suportadas de uma forma robusta e “é apenas nesta condição que ele poderá oferecer uma ajuda verdadeiramente eficaz” (Chalifour, 2008) e “em função da situação, se alguma destas competências estão ausentes, o cuidado relacional perde qualidade e humanidade” (Phaneuf, 2005).

Entendo também, a aquisição de competências de EESMP, como apenas um começo e não um final. Um caminho que foi iniciado e que resultou em ganhos a todos os níveis, em que parar, é considerado regredir. No âmbito pessoal, sinto-me uma pessoa mais disponível e atento ao meu mundo interno e à sua expressão, em particular na relação terapêutica. No âmbito profissional tenciono desenvolver trabalhos no âmbito da saúde mental que representem ganhos para os clientes e para os profissionais, contribuindo para o processo evolutivo da profissão de Enfermagem e investigação científica.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amendoeira, J. e Figueiredo, M. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, Vol. VI, N. ° 2, 2018, pp. 102-107 ISBN: 2182-9608. Acedido em 15/11/2020. Disponível em: <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5ªed. Porto Alegre: ARTMED

Andrade, L. & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista psiquiátrica clínica*. São Paulo; 25(6), p.285-290. Acedido em 11/10/2020. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n6/ansi256a.htm>

Aylward, P. (2001) *Nursing Theories and Nursing Practice: Betty Neuman, The Neuman Systems Model and Global Application*, capítulo 19, Philadelphia: FA Davis

Barreira, N. (2009) *Mediador Música em Terapias Expressivas*. In *Terapias Expressivas Integradas*. Volume 1. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial, Lda.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora

Bonde, L., Pedersen, I., Wigram, T. (2002) *A Comprehensive Guide to Music Therapy*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers

- Brito, I. (2011) Ansiedade e depressão na adolescência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 27(2), 208-214. Acedido em 02/10/2020. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpcg/v27n2/v27n2a10.pdf>
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica – os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica – Estratégias de intervenção*. Loures: Lusodidacta.
- Coimbra de Matos, A. (2002). *Adolescência: O triunfo do Pensamento e a Descoberta do Amor*. Lisboa: Climepsi Editores
- Conselho Nacional de Saúde (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*, Conselho Nacional de Saúde, 2019. Acedido em 13/10/2020. Acedido em 6/10/2020. Disponível em <http://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>
- Correia, D. T. (2014). *Manual de Psicopatologia*. 2ªed. Lisboa: Lidel
- Decreto-Lei nº. 63/2016 (2016). Diário da República, 1.ª série (Nº 176 de 13 de setembro de 2016)
- Erikson, E. H. (1976). *Infância e Sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores
- Ferraz, M. (2009) *Terapias Expressivas Integradas*. Volume 1. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial, Lda.

- Gold, C., Voracek, M. & Wigram, T. (2004). Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 45(6), 1054-1063. DOI: [10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00298.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00298.x)
- Gohn, M., Stavrakas, I. (2010). O papel da Música na Educação Infantil. *Eccos Revista Científica*, 12(2), 85-103. Acedido em 05/10/2020. Disponível em <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=715/71518580013>
- Guimarães, M. e Silva, L. (2016) Conhecendo a Teoria das Transições e a sua aplicabilidade para Enfermagem. 2016, Rio de Janeiro. Acedido em 07/10/2020. Disponível em <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- International Council of Nurses (2019). *ICNP® Browser*, International Council of Nurses, 2019. Acedido em 17/10/2020. Disponível em <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser> – Filtros: 2019 release/Portuguese/Lista
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice: Foundations in Nursing and Health Care*. Cheltenham: Nelson Thornes
- Jarreau, G. e Païn, S. (2001) *Teoria e técnica da arte-terapia*. Porto Alegre: Artmed
- Johns, C. (2013). *Becoming a Reflexive Practitioner*, 4^aed. Oxford: Wiley-Blackwell
- Mahoney, J. (2016). Current Practice in Nordoff-Robbins Music Therapy (NRMT). *Qualitative Inquiries in Music Therapy*, 11, 1–43.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory*. New York: Springer Publishing Company
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. Norwalk: Appleton & Lange

Norma n.º 011/2020 (2020), COVID-19: Fase de Mitigação – Saúde Mental, *Direção Geral de Saúde*, (n.º 011 de 18/04/2020). Acedido em 25/10/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0112020-de-18042020-pdf.aspx>

Nunes, L., Amaral, M. e Gonçalves, R. *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*, 2005. 456 p. ISBN 972-99646-0-2.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual – Enunciados descritivos*. Conselho de Enfermagem. Acedido em 09/10/2020. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Código Deontológico. (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro).

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. (Alterado e republicado pela Lei nº. 156/2015, de 16 de setembro)

Organização Mundial de Saúde (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders – Global Health Estimates*, Organização Mundial de Saúde

Organização Mundial de Saúde (2020). *Adolescent mental health*, Organização Mundial de Saúde, 28 de setembro de 2020. Acedido em 29/10/2020. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2018). *Health at a Glance: Europe 2018 – State of health in the EU cycle*, Organização para a

Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2018. Acedido em 29/10/2020
Disponível em
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_report_en.pdf

Peixoto, N. e Peixoto, T. (2016). Prática Reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, nº 11. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>

Peplau, H. (1991). *Interpersonal Relations in Nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Springer Publishing Company.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência

Poch, S. (1999). *Compendio de Musicoterapia*. vol.1. Barcelona: Herder

Regulamento n.º 515/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª Série (N.º 151 de 7 de agosto de 2018), 21424-21430

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª Série (N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019)

Ribeiro, P. (2007) *Avaliação em psicologia da saúde: instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto

Rogers, C. (1997). *Tornar-se Pessoa*. São Paulo: Editora Martins Fontes

Rosa, M. D. & Carmo-Huerta, V. (2020). O que resta da adolescência: despertar nas fronteiras e nos fronts. *Estilos Da Clínica*, 25(1), 5-20. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v25i1p5-20>

Saarman, E. (2006). Feeling the beat: Symposium explores the therapeutic effects of rhythmic music. *Stanford Report*. May-31.

Sampaio, F., Araújo, O., Sequeira, C., Canut, M., Martins, T. (2017) Evaluation of the Psychometric Properties of NOC Outcomes “Anxiety Level” and “Anxiety Self-Control” in a Portuguese Outpatient Sample. *Int J Nurs Terminol Knowledge*, 29: 184-191. DOI: 10.1111/2047-3095.12169

Sampaio, D. (2006). *Lavrar o Mar*. Lisboa: Editorial Caminho

Sampaio, F., Sequeira, C. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa: Lidel

Sampaio, F., Gonçalves, P., Sequeira, C. (2020). Ansiedade e Autocontrolo da Ansiedade. In Sequeira, C. & Sampaio, F. *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. 1ªed, p.128-130. Lisboa: Lidel

Santos, E. e Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista de Enfermagem Referência*, nº 11, março de 2004. Acedido em 18/10/2020. Disponível em https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=215&codigo=

Thompson, I., Melia, K. e Boyd, K. (2004) *Ética em Enfermagem*. Loures: Lusociência

Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Loures: Lusociência

Wigram, T., Pedersen, I., Bonde, L. (2002) *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training*. Reino Unido: Jessica Kingsley Publishers Ltd

Will, U & Berg, E. (2007). Brain wave synchronization and entrainment to periodic acoustic stimuli. *Neuroscience Letters*, 424, 55-60. DOI: 10.1016/j.neulet.2007.07.036

APÊNDICES

APÊNDICE I - Cronograma

Ano	2020					2021																				
Mês	Nov	Dezembro/Janeiro				Janeiro				Fevereiro				Março				Abril				Maio a Julho				
Dias	23 a 27	30 a 4	7 a 11	14 a 18	21 a 3	4 a 8	11 a 15	18 a 22	25 a 29	1 a 5	8 a 12	15 a 17	18 a 19	22 a 26	1 a 5	8 a 12	15 a 19	22 a 26	29 a 1	2 a 9	12 a 16	19 a 23	26 a 30	até 31 Julho		
Contextos	1º contexto				Férias de Natal	Hospitalar						Férias de Carnaval	2º contexto - comunidade							Férias da Páscoa						
Integração no serviço																										
Entrevista Gosto Musical																										
Participação em intervenções																										
Intervenção Expressão musical																										
Entrevista para estudo de caso																										
Intervenção Individual						Nº indefinido																				
Reflexões																										
Análise de dados																										
Avaliação do Estágio no contexto																										
Conclusão do relatório																										
Pesquisa bibliográfica																										

APÊNDICE II – Quadro de aquisição de competências

Atividades a desenvolver							
Competências comuns (Domínios)	Estudo de caso	Revisão Bibliográfica Contínua	Participação em Reuniões multidisciplinares	Participação em Intervenções psicoterapêuticas	Participação em sessões de psicoeducação	Elaboração de intervenções psicoterapêuticas	Produção e apresentação do relatório de estágio
Responsabilidade profissional, ética e legal (A)	X		X	X	X	X	X
Melhoria contínua da qualidade (B)		X	X				X
Gestão dos cuidados (C)			X				
Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)	X	X	X	X	X	X	X
Competências Específicas							
a) Detém um elevado conhecimento e consciências de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional	X		X	X	X	X	X
b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade, na otimização da saúde mental	X	X	X				
c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto	X	X	X				
d) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a cmantar, melhorar e recuperar a saúde	X	X		X	X	X	

APÊNDICE III – Formulário da Entrevista de Gosto Musical

Entrevista de Gosto Musical

Nome: _____

Idade: _____

Data: ____/____/____

	Músicas/sons agradáveis		Músicas/sons a evitar	
	Música/sons	Autor	Música/sons	Autor
Sensações associadas				

Referência/Local/Espaço/Pessoa que confira bem-estar

Notas

Enfermeiro _____

APÊNDICE IV – Escala Numérica da Ansiedade

Escala Numérica da Ansiedade

Intervenção: _____

Data: ____/____/____

0 – Estado calmo, ausente de ansiedade;

10 – Estado máximo de ansiedade, de difícil controlo.

Nomes	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção	Notas de Reflexão

Notas: _____

Enfermeiro _____

APÊNDICE V – Grelha de Observação da Ansiedade

Grelha de Observação da Ansiedade

(Construção adaptada, com base nos Indicadores NOC – Nível de Ansiedade)

Nome: _____

Data: ____/____/____

Registrar com um “X” se há evidência, ou “NA” se não aplicável

Indicador	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção
Nervosismo		
Irritabilidade		
Agitação		
Ansiedade verbalizada		
Introspeção		
Preocupação exagerada sobre acontecimentos de vida		
Indecisão		
Desconforto		
Repentes de fúria		
Andar de um lado para o outro		
Dificuldades de aprendizagem		
Dificuldades de concentração		
Dificuldades para resolver problemas		
Tontura		
Tensão facial		
Tensão muscular		

Notas: _____

Enfermeiro _____

APÊNDICE VI – Plano de sessão “Desenhar a música”

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica
UC Estágio com Relatório**

**Plano de sessão de Atividade Terapêutica em Grupo
“Desenhar a música”**

**João Carlos Batista Oliveira
Nº9628**

—

**Lisboa,
2021**

1. INTRODUÇÃO

1.1 Objetivo

Esta atividade consiste na criação de um espaço expressivo, para que os adolescentes possam expressar-se através do desenho e da música. Tem o objetivo de, através da expressão de cada elemento, proporcionar a expressão dos sentimentos no “aqui e agora”, análise da ansiedade ao longo da sessão e posterior reflexão. Para o desenho será utilizado o carvão numa primeira fase. Seguidamente será sugerido o recorte de uma parte de interesse para o jovem e colado posteriormente numa nova folha em branco e dar-se-á continuidade ao desenho com cores, isto acompanhado com músicas previamente selecionadas por cada jovem. O objetivo, por um lado, com a utilização de um material diferente (carvão), é remeter para as dificuldades na expressão, seja pelo formato, textura, ou sujidade que possa causar, surgindo assim técnicas e estratégias de as ultrapassar, fomentando a mudança interna e a necessidade do desenvolvimento das mesmas. Por outro lado, com a utilização da música, pretende-se facilitar a expressão e analisar de que forma gerou algum impacto na carga ansiosa ao longo da expressão de sentimentos.

1.2 População-Alvo

Podem ingressar adolescentes de todas as idades, que pertençam ao contexto de prática clínica onde a intervenção decorre, que aceitem livremente ingressar na intervenção, que não manifestem sintomatologia psicótica e/ou produtiva.

1.3 Recursos

Como recursos são apresentados lápis coloridos ou canetas de feltro, carvão, folhas, cola, tesoura, coluna de som, computador (ou telemóvel) com ligação à internet e álcool gel desinfetante.

1.4 Fundamentação Teórica

Segundo Martins (2012), os mediadores artísticos são meios utilizados com a finalidade de criação, expressão e comunicação no *setting* terapêutico. Ainda para este autor, “ao pensarmos

que cada pessoa tem o seu próprio processo de desenvolvimento criativo, os mediadores apresentam potenciais diferenciados estimuladores da criatividade de cada um, e uma função terapêutica que corresponde à carga simbólica a que é imbuído, indo ao encontro do Eu e das suas imagens internas”.

Para Sousa (2000), uma educação voltada para objetivos expressivos, contribui significativamente para a manutenção de uma vida saudável, seja qual for o meio utilizado, sendo que a expressão não é considerada um espetáculo para outros, mas sim, um modo individual de escape das tensões acumuladas, que por sua vez, citando Magalhães e Gomes (1964), “a expressão é o reflexo das emoções, sem camuflagem nem batota”.

Vários estudos científicos, no campo da Neurologia, como é o caso de trabalhos de investigação de Will e Berg (2007), mostram que através da exposição a diferentes sons, com recurso à Eletroencefalografia, existe sincronização cerebral com música e consequente produção de ondas cerebrais *alfa*, ondas estas que estão presentes em estados de relaxamento conscientes, corroborando outros trabalhos que demonstram que músicas com 60 batidas por minutos (bpm) são geradores de estados de relaxamento. No entanto na sessão anterior “Pintar a música”, diversos jovens referiram ansiedade para músicas calmas com baixos valores de batidas por minuto. Foi aplicado o questionário “Entrevista de Gosto Musical” e identificadas as músicas agradáveis para os jovens que transmitem sensações de bem-estar e paz interior, assim como de músicas a evitar. A lista de músicas escolhida foi realizada com base nesta ferramenta.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Metodologia

No início da sessão é realizada a exposição da importância da expressão dos sentimentos e também do pedido de ajuda. Posto isto, seguidamente é apresentado, analisado e explorado o carvão como material a utilizar. É sugerido o desenho apenas com carvão.

As músicas começaram a ser reproduzidas desde o início da atividade, tendo sido selecionadas conforme descrito nos objetivos deste plano de sessão.

No final é realizada uma partilha em grupo, que suscite a reflexão das dificuldades na expressão, nas estratégias de mudança, *coping* e previsões para o futuro, no processo de saúde mental. É salientado ainda a importância do reconhecimento da necessidade da expressão de sentimentos e a procura de ajuda.

Assim, os timings propostos para esta sessão serão:

- Introdução – 15 minutos;
- Quebra-gelo – Exploração do carvão – 5 minutos;
- Desenho com carvão – 20 minutos;
- Partilha – 20 minutos.

Músicas: Seleção de cerca de músicas que cubram o tempo a utilizar para atividade, com base no questionário de gosto musical aplicado

2.2 Método pedagógico e estratégias

Será utilizado o método interativo e interrogativo. Serão necessários 2 enfermeiros. Um Enfermeiro para a condução principal da sessão e outro que funcione como coterapeuta no desenvolvimento da mesma e dê apoio individual a algum jovem que necessite, ou em algum caso de retirada da sala por crise instalada.

3. AVALIAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO

Para avaliação da sessão, será observada a expressão de cada adolescente, linguagem verbal e não-verbal, participação e reflexão acerca dos sentimentos experienciados durante a atividade e de que forma a música ajudou na gestão dos mesmos e na redução da ansiedade gerada (se existente).

Após a análise de cada intervenção, é realizada uma reflexão entre os intervenientes no sentido de corrigir eventuais falhas ou implementar melhorias para sessões futuras.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ferraz, M. (2009) *Terapias Expressivas Integradas*. Volume 1. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial, Lda.

Gold, C., Voracek, M. & Wigram, T. (2004). Effects os music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 45(6), 1054-1063. DOI: [10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00298.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00298.x)

Martins, D. (2012) *Arte-Terapia e as Pontencialidades Simbólicas e Criativas dos Mediadores Artísticos*. Dissertação de Mestrado em Educação Artística.

- Mahoney, J. (2016). Current Practice in Nordoff-Robbins Music Therapy (NRMT). *Qualitative Inquiries in Music Therapy*, 11, 1–43.
- Wigram, T., Pedersen, I., Bonde, L. (2002) *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training*. Reino Unido: Jessica Kingsley Publishers Ltd
- Will, U & Berg, E. (2007). Brain wave synchronization and entrainment to periodic acoustic stimuli. *Neuroscience Letters*, 424, 55-60. DOI: 10.1016/j.neulet.2007.07.036

APÊNDICE VII – Plano de sessão “Pintar a música”

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica
UC Estágio com Relatório**

**Plano de sessão de Atividade Terapêutica em Grupo
“Pintar a música”**

**João Carlos Batista Oliveira
Nº9628**

—

**Lisboa,
2021**

1. INTRODUÇÃO

1.1 Objetivo

Esta atividade consiste na criação de um espaço expressivo, para que os adolescentes possam expressar-se através da pintura e da música. Tem o objetivo de, através da expressão de cada elemento, proporcionar a expressão dos sentimentos no “aqui e agora”, análise da ansiedade ao longo da sessão, com a sua redução e posterior reflexão.

1.2 População-Alvo

Podem ingressar adolescentes de todas as idades, que pertençam ao contexto de prática clínica onde a intervenção decorre, que aceitem livremente ingressar na intervenção, que não manifestem sintomatologia psicótica e/ou produtiva. A formação do grupo pode ser alterada conforme decisão da equipa no momento.

1.3 Recursos

Como recursos são apresentados pincéis, tintas, folhas, coluna de som, computador (ou telemóvel) com ligação à internet e álcool gel desinfetante.

1.4 Fundamentação Teórica

Segundo Martins (2012), os mediadores artísticos são meios utilizados com a finalidade de criação, expressão e comunicação no *setting* terapêutico. Ainda para este autor, “ao pensarmos que cada pessoa tem o seu próprio processo de desenvolvimento criativo, os mediadores apresentam potenciais diferenciados estimuladores da criatividade de cada um, e uma função terapêutica que corresponde à carga simbólica a que é imbuído, indo ao encontro do Eu e das suas imagens internas”.

Para Sousa (2000), uma educação voltada para objetivos expressivos, contribui significativamente para a manutenção de uma vida saudável, seja qual for o meio utilizado, sendo que a expressão não é considerada um espetáculo para outros, mas sim, um modo individual de escape das tensões acumuladas, que por sua vez, citando Magalhães e Gomes (1964), “a expressão é o reflexo das emoções, sem camuflagem nem batota”.

Vários estudos científicos, no campo da Neurologia, como é o caso de trabalhos de investigação de Will e Berg (2007), mostram que através da exposição a diferentes sons, com recurso à Eletroencefalografia, existe sincronização cerebral com música e consequente produção de ondas cerebrais *alfa*, ondas estas que estão presentes em estados de relaxamento conscientes, corroborando outros trabalhos que demonstram que músicas com 60 batidas por minutos (bpm) são geradores de estados de relaxamento.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Metodologia

No início da sessão será realizada uma introdução à Pintura como mediador expressivo, explicado que cada trabalho será individual e livre. Para quebra gelo, no início da atividade cada jovem é convidado a escolher uma cor e é realizada uma exploração do porquê da cor escolhida – “Se eu fosse uma cor”. Após isto, cada jovem é convidado a dar cor ao seu desenho previamente elaborado com carvão, através da pintura, tendo à disposição pincéis e uma paleta de cores diversificadas. Durante este processo são colocadas músicas, previamente selecionadas. No final é realizada a partilha de sentimentos e emoções emergidas durante o processo, assim como na inserção das músicas no seu acompanhamento, a utilização de cores, ou não, frases e de que forma afetou a ansiedade destes, se esta for confirmada como presente.

Assim, os timings propostos para esta sessão serão:

- Introdução – 5 minutos;
- Quebra-gelo – 10 minutos;
- Pintura livre – 20 minutos;
- Partilha – 25 minutos.

Músicas: “Agradáveis” conforme questionário previamente preenchido

2.2 Método pedagógico e estratégias

Será utilizado o método interativo e interrogativo. Serão necessários 2 enfermeiros. Um para a gestão de alguma necessidade emergente no grupo, ou retirada da atividade e outro que dê continuidade à sessão, caso o referido ocorra.

3. AVALIAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO

Para avaliação da sessão, será observada a expressão de cada adolescente, linguagem verbal e não-verbal, participação e reflexão acerca dos sentimentos experienciados durante a atividade.

Após a análise de cada intervenção, é realizada uma reflexão entre os intervenientes no sentido de corrigir eventuais falhas ou implementar melhorias para sessões futuras.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ferraz, M. (2009) *Terapias Expressivas Integradas*. Volume 1. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial, Lda.

Gold, C., Voracek, M. & Wigram, T. (2004). Effects os music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 45(6), 1054-1063. DOI: [10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00298.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00298.x)

Martins, D. (2012) *Arte-Terapia e as Pontencialidades Simbólicas e Criativas dos Mediadores Artísticos*. Dissertação de Mestrado em Educação Artística.

Mahoney, J. (2016). Current Practice in Nordoff-Robbins Music Therapy (NRMT). *Qualitative Inquiries in Music Therapy*, 11, 1–43.

Wigram, T., Pedersen, I., Bonde, L. (2002) *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training*. Reino Unido: Jessica Kingsley Publishers Ltd

Will, U & Berg, E. (2007). Brain wave synchronization and entrainment to periodic acoustic stimuli. *Neuroscience Letters*, 424, 55-60. DOI: 10.1016/j.neulet.2007.07.036

APÊNDICE VIII – Plano de sessão “Baú das emoções”



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica
UC Estágio com Relatório**

**Plano de sessão de Atividade Terapêutica em Grupo
“Baú das Emoções”**

Maria de Fátima Guerreiro Serrão

Nº9522

João Carlos Batista Oliveira

Nº9628

—

**Lisboa,
2021**

1. INTRODUÇÃO

1.1 Objetivo

Esta atividade consiste na criação de um espaço expressivo, para que os adolescentes possam expressar-se através da modelagem de pasta e da música. Esta sessão tem como objetivo fazer emergir os sentimentos negativos para os jovens, que possam ser barreiras no desenvolvimento de estratégias adaptativas e dos ganhos para a sua saúde mental. Desta forma pretende-se o trabalho destas emoções, num ambiente terapêutico, que propicie a sua expressão, facilite os pedidos de ajuda, desenvolvimento de estruturas internas, durante o internamento e posterior desenvolvimento na comunidade. É também objetivo desta sessão, a expressão de sentimentos positivos, para os jovens, que tenham um caráter organizador, que se traduzam em ganhos para a sua saúde mental, reduzindo a sua ansiedade.

1.2 População-Alvo

Podem ingressar adolescentes de todas as idades, que pertençam ao contexto de prática clínica onde a intervenção decorre, que aceitem livremente ingressar na intervenção, que não manifestem sintomatologia psicótica e/ou produtiva.

1.3 Recursos

Como recursos são apresentados pasta de moldar; tintas; pincéis; coluna de som; dispositivo de reprodução de música (Telemóvel ou computador).

1.4 Fundamentação Teórica

Segundo Martins (2012), os mediadores artísticos são meios utilizados com a finalidade de criação, expressão e comunicação no *setting* terapêutico. Ainda para este autor, “ao pensarmos que cada pessoa tem o seu próprio processo de desenvolvimento criativo, os mediadores apresentam potenciais diferenciados estimuladores da criatividade de cada um, e uma função terapêutica que corresponde à carga simbólica a que é imbuído, indo ao encontro do Eu e das suas imagens internas”.

Para Sousa (2000), uma educação voltada para objetivos expressivos, contribui significativamente para a manutenção de uma vida saudável, seja qual for o meio utilizado, sendo que a expressão não é considerada um espetáculo para outros, mas sim, um modo individual de escape das tensões acumuladas, que por sua vez, citando Magalhães e Gomes (1964), “a expressão é o reflexo das emoções, sem camuflagem nem batota”.

Foi aplicado o questionário “Entrevista de Gosto Musical” e identificadas as músicas agradáveis para os jovens que transmitem sensações de bem-estar e paz interior, assim como de músicas a evitar, transmitindo emoções como a raiva, tristeza e angústia. A lista de músicas escolhida foi realizada com base nesta ferramenta.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Metodologia

No início da sessão é realizada a abordagem da importância da expressão de sentimentos, a importância de os reconhecer, proporcionando uma melhor capacidade para o pedido de ajuda, assim como de os trabalhar e transformar, para que sejam desenvolvidas estratégias que se traduzam em ganhos para a saúde. Reforçada a importância, tanto dos sentimentos/emoções positivas, como negativas.

Como quebra-gelo, é sugerida a modelagem do sentimento daquele momento. O sentimento que considerarem estar a sentir ou outro que considerem importante modelar, enquanto exploram o material em questão.

Procede-se então à modelagem dirigida do Baú das emoções. É referido que este Baú não tem nenhuma forma específica, mas sim que a sua intencionalidade é guardar as emoções consideradas como negativas e barreiras, podendo assumir qualquer forma, seja de caixa, esfera, estrela, etc. Associam-se neste momento, músicas selecionadas pelos jovens, num momento anterior, que potenciem um estado calmo e sereno durante a abordagem aos sentimentos a guardar no baú.

Seguidamente é abordado o tema da transformação. É realizada uma partilha em grupo, que suscite a reflexão das dificuldades na expressão, nas estratégias de mudança, *coping* e previsões para o futuro, no processo de saúde mental. É salientado ainda a importância do reconhecimento da necessidade da expressão de sentimentos e a procura de ajuda.

Assim, os timings propostos para esta sessão serão:

- Introdução – 5 minutos;

- Modelagem do sentimento e exploração do material – 15 minutos;
- Modelagem do Baú das emoções– 25 minutos;
- Partilha – 15 minutos.

Músicas: Seleção de cerca de 30 minutos, com base no questionário de gosto musical aplicado

2.2 Método pedagógico e estratégias

Será utilizado o método interativo e interrogativo. Serão necessários 2 enfermeiros. Um Enfermeiro para a condução principal da sessão e outro que funcione como coterapeuta no desenvolvimento da mesma e dê apoio individual a algum jovem que necessite, ou em algum caso de retirada da sala por crise instalada.

3. AVALIAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO

Para avaliação da sessão, será observada a expressão de cada adolescente, linguagem verbal e não-verbal, participação e reflexão acerca dos sentimentos experienciados durante a atividade.

Após a análise de cada intervenção, é realizada uma reflexão entre os intervenientes no sentido de corrigir eventuais falhas ou implementar melhorias para sessões futuras.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ferraz, M. (2009) *Terapias Expressivas Integradas*. Volume 1. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial, Lda.

Gold, C., Voracek, M. & Wigram, T. (2004). Effects os music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 45(6), 1054-1063. DOI: [10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00298.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00298.x)

Martins, D. (2012) *Arte-Terapia e as Pontencialidades Simbólicas e Criativas dos Mediadores Artísticos*. Dissertação de Mestrado em Educação Artística.

Mahoney, J. (2016). Current Practice in Nordoff-Robbins Music Therapy (NRMT). *Qualitative Inquiries in Music Therapy*, 11, 1–43.

Wigram, T., Pedersen, I., Bonde, L. (2002) *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training*. Reino Unido: Jessica Kingsley Publishers Ltd

APÊNDICE IX – Plano de sessão “Painel musical”



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica
UC Estágio com Relatório**

**Plano de sessão de Atividade Terapêutica em Grupo
“Painel musical”**

**João Carlos Batista Oliveira
Nº9628**

—

**Lisboa,
2021**

1. INTRODUÇÃO

1.1 Objetivo

Esta atividade consiste na criação de um espaço expressivo, para que os adolescentes possam expressar-se através do desenho e da música. Tem o objetivo de, através da expressão de cada elemento, proporcionar a expressão dos sentimentos no “aqui e agora”, análise da ansiedade ao longo da sessão, reduzindo a ansiedade, e posterior reflexão. Pela sua vertente grupal, é ainda objetivo, reforçar a participação, colaboração e expressão de sentimentos, desenvolvendo a coesão do indivíduo inserido num grupo e grupal, como um todo. Possibilita ainda evidenciar fragilidades a nível relacional que, por forma individual, são mais difíceis de perceber.

1.2 População-Alvo

Podem ingressar adolescentes de todas as idades, que pertençam ao contexto de prática clínica onde a intervenção decorre, que aceitem livremente ingressar na intervenção, que não manifestem sintomatologia psicótica e/ou produtiva.

1.3 Recursos

Como recursos são apresentados Papel de cenário, lápis coloridos ou canetas de feltro, carvão, lápis de cera, pastel de óleo, pincéis, tintas, coluna de som, computador (ou telemóvel) com ligação à internet e álcool gel desinfetante.

1.4 Fundamentação Teórica

Segundo Martins (2012), os mediadores artísticos são meios utilizados com a finalidade de criação, expressão e comunicação no *setting* terapêutico. Ainda para este autor, “ao pensarmos que cada pessoa tem o seu próprio processo de desenvolvimento criativo, os mediadores apresentam potenciais diferenciados estimuladores da criatividade de cada um, e uma função terapêutica que corresponde à carga simbólica a que é imbuído, indo ao encontro do Eu e das suas imagens internas”.

Para Sousa (2000), uma educação voltada para objetivos expressivos, contribui significativamente para a manutenção de uma vida saudável, seja qual for o meio utilizado, sendo que a expressão não é considerada um espetáculo para outros, mas sim, um modo individual de escape das tensões acumuladas, que por sua vez, citando Magalhães e Gomes (1964), “a expressão é o reflexo das emoções, sem camuflagem nem batota”.

Vários estudos científicos, no campo da Neurologia, como é o caso de trabalhos de investigação de Will e Berg (2007), mostram que através da exposição a diferentes sons, com recurso à Eletroencefalografia, existe sincronização cerebral com música e consequente produção de ondas cerebrais *alfa*, ondas estas que estão presentes em estados de relaxamento conscientes, corroborando outros trabalhos que demonstram que músicas com 60 batidas por minutos (bpm) são geradores de estados de relaxamento. No entanto na sessão anterior “Pintar a música”, diversos jovens referiram ansiedade para músicas calmas com baixos valores de batidas por minuto. Foi aplicado o questionário “Entrevista de Gosto Musical” e identificadas as músicas agradáveis para os jovens que transmitem sensações de bem-estar e paz interior, assim como de músicas a evitar. A lista de músicas escolhida foi realizada com base nesta ferramenta.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Metodologia

No início da sessão é realizada a exposição da importância da expressão dos sentimentos e da potencialidade da música na expressão de sentimentos e na modificação do nosso estado emocional, com redução da ansiedade.

Procede-se à colocação do papel cenário sobre uma superfície e é pedido aos jovens que desenhem ou escrevam, qual o significado da música para eles.

As músicas começarão a ser reproduzidas desde o início da atividade, tendo sido selecionadas conforme descrito nos objetivos deste plano de sessão.

No final é realizada uma partilha em grupo, que suscite a reflexão das dificuldades na expressão, nas estratégias de mudança, *coping* e previsões para o futuro, no processo de saúde mental. É salientado ainda a importância do reconhecimento da necessidade da expressão de sentimentos e a procura de ajuda.

Assim, os timings propostos para esta sessão serão:

- Introdução – 10 minutos;
- Elaboração do painel – 20 minutos;

- Partilha – 30 minutos.

Músicas: Seleção de cerca de músicas que cubram o tempo a utilizar para atividade, com base no questionário de gosto musical aplicado

2.2 Método pedagógico e estratégias

Será utilizado o método interativo e interrogativo. Serão necessários 2 enfermeiros. Um Enfermeiro para a condução principal da sessão e outro que funcione como coterapeuta no desenvolvimento da mesma e dê apoio individual a algum jovem que necessite, ou em algum caso de retirada da sala por crise instalada.

3. AVALIAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO

Para avaliação da sessão, será observada a expressão de cada adolescente, linguagem verbal e não-verbal, participação e reflexão acerca dos sentimentos experienciados durante a atividade e de que forma a música ajudou na gestão dos mesmos e na redução da ansiedade gerada (se existente).

Após a análise de cada intervenção, é realizada uma reflexão entre os intervenientes no sentido de corrigir eventuais falhas ou implementar melhorias para sessões futuras.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ferraz, M. (2009) *Terapias Expressivas Integradas*. Volume 1. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial, Lda.

Gold, C., Voracek, M. & Wigram, T. (2004). Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 45(6), 1054-1063. DOI: [10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00298.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00298.x)

Martins, D. (2012) *Arte-Terapia e as Pontencialidades Simbólicas e Criativas dos Mediadores Artísticos*. Dissertação de Mestrado em Educação Artística.

Mahoney, J. (2016). Current Practice in Nordoff-Robbins Music Therapy (NRMT). *Qualitative Inquiries in Music Therapy*, 11, 1–43.

Wigram, T., Pedersen, I., Bonde, L. (2002) *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training*. Reino Unido: Jessica Kingsley Publishers Ltd

Will, U & Berg, E. (2007). Brain wave synchronization and entrainment to periodic acoustic stimuli. *Neuroscience Letters*, 424, 55-60. DOI: 10.1016/j.neulet.2007.07.036