



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

Promoção da Resiliência do Adolescente com
perturbação da Saúde Mental

Inês Cristina Parrinha Serôdio

[Lisboa]
[julho 2021]



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

Promoção da Resiliência do Adolescente com
perturbação da Saúde Mental

Inês Cristina Parrinha Serôdio

Orientador: [Professor Doutor Luís de Oliveira Nabais]

[Lisboa]
[julho 2021]

AGRADECIMENTOS

Jamais imaginaria as voltas que o mundo daria quando iniciei este desafio, as exigências multiplicaram-se de forma exponencial ao esperado e só a rede de pessoas e relações que pude ter junto a mim tornaram possível a sua realização, por isso os meus mais do que sentidos agradecimentos;

Ao meu filho Salvador pelo ser humano extraordinário que é, pela paciência, pela compreensão e pela força impulsionadora que me imprime quando me olha como exemplo.

Ao meu companheiro Joaquim, pelo amor, por respeitar os meus tempos, as minhas paixões, por acreditar e me apoiar em praticamente tudo aquilo que faço, por ter sido pai e mãe nas minhas várias e longas ausências.

Aos meus pais Inês e José pelo incentivo, pelas manifestações de carinho e de orgulho, pelo sentido de humor e por todos os telefonemas que preencheram os quilómetros que percorri entre os campos de estágio, escola e o hospital

Aos meus colegas de curso pelo companheirismo, pelas partilhas, pelo que me deram e por me terem ajudado a crescer. Aos meus colegas de trabalho por todos os turnos que asseguraram até à minha chegada tardia, pelo incentivo e por me fazerem acreditar no caminho que escolhi.

Aos meus amigos que compreenderam a minha agenda atarefada e que encontraram outras formas de estarmos de alguma em partilha.

Aos Enfermeiros Lurdes Simeão, Paula Vaz e João Marques, por toda a dedicação, pelo cuidado sentido, por toda a experiência que me proporcionaram, não podiam ter sido melhores. Aos restantes enfermeiros que fui encontrando e que de uma forma ou outra me transmitiram saberes, me escutaram e acolheram.

Á Luíza Benatti pelo exemplo de força e ação, pela dinâmica, e por um companheirismo inigualável.

Ao Professor Luís Nabais, pela disponibilidade, pela forma cuidada como me tratou, por acreditar em mim e me incentivar na procura de mim mesma com recurso à imaginação e originalidade.

Como não podia deixar de ser, a todos os jovens que encontrei neste caminho e que me permitiram de alguma forma caminhar com eles, todos me ensinaram imenso, principalmente acerca de mim própria.

*“A pior cegueira é a mental, que faz com
não reconheçamos o que temos pela frente”
José Saramago (in Ensaio sobre a Cegueira)*

LISTA DE SIGLAS

CCC – Cuidados Centrados no Cliente

DGS – Direção Geral de Saúde

DR – Diário da República

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

OMS – Organização Mundial de Saúde

SMP – Saúde Mental e Psiquiátrica

RRH – Rede de Referenciação Hospitalar.

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

NIC – Nursing interventions Classification

NOC – Nursing Outcome's Classification

P.I. – Paciente Identificada

N.F – Nome fictício

RESUMO

A temática da “Promoção da Resiliência no Adolescente com Perturbação da Saúde Mental” vai ao encontro das necessidades identificadas na minha prática enquanto profissional de enfermagem. O presente trabalho tem por objetivo principal fazer prova da realização do estágio e descrição desse mesmo percurso atendendo ao preconizado no plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. O estágio foi realizado na comunidade e em contexto hospitalar na área metropolitana de Lisboa e foi totalmente direcionado para a pedopsiquiatria.

A metodologia escolhida para empreender este trabalho foi a metodologia de projeto com recurso a vários instrumentos nomeadamente notas de campo, estudo de caso, diários de bordo, jornais de aprendizagem e indicadores NOC. Decorreu num período compreendido entre outubro de 2019 e fevereiro de 2020 e envolveu jovens com experiência de perturbação da saúde mental dos 12 aos 18 anos. Foi desenvolvido tendo por base intervenções de enfermagem psicoeducativas, psicoterapêuticas e socioterapêuticas previamente planeadas com necessidade de utilização de mediadores expressivos.

Todo o material produzido e recolhido durante o período anteriormente referido sugere que a resiliência é passível de ser trabalhada e promovida pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria através de intervenções variadas que visem o fortalecimento dos fatores de proteção beneficiando o percurso terapêutico e contribuindo com ganhos em saúde e incremento do bem-estar a longo/medio prazo.

Durante este trabalho é exposta a pertinência de se intervir na promoção da resiliência em adolescentes que se encontrem com um projeto terapêutico em curso, através de intervenções de enfermagem que incidam na relação consigo e com os demais, de forma a fortalecerem as defesas internas e superarem situações adversas prévias ou atuais.

Palavras-chave: Resiliência, Adolescentes, saúde mental, Intervenções de Enfermagem.

ABSTRACT

The theme of “Promotion of Resilience in Adolescents with Mental Health Disorder” meets the needs identified in my practice as a nursing professional. The main objective of the present work is to prove the internship and description of the same path, considering what is recommended in the curriculum of the master’s degree Course in Mental Health and Psychiatric Nursing. The internship was carried out in the community and in a hospital context in the metropolitan area of Lisbon and was totally focused on child psychiatry.

The methodology chosen to undertake this work was the project methodology using various instruments including field notes, case studies, logbooks, learning journals and NOC indicators. It took place between October 2019 and February 2020 and involved young people aged 12 to 18 with experience of mental health disorders. It was developed based on previously planned psychoeducational, psychotherapeutic and sociotherapeutic nursing interventions with the need to use expressive mediators.

All the material produced and collected during the period suggests that resilience can be worked on and promoted by the Mental Health Specialist Nurse through various interventions aimed at strengthening protective factors, benefiting the therapeutic route, and contributing to gains in health and an increase in good -be long/medium term.

During this work, the relevance of intervening in the promotion of resilience in adolescents who are with an ongoing therapeutic project is exposed, through nursing interventions that focus on the relationship with themselves and with others, to strengthen internal defenses and overcome previous or current adverse situations.

Keywords: Resilience, Adolescents, mental health, Nursing Interventions.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	13
1.1 Saúde Mental e Psiquiátrica da Infância e Adolescência.....	13
1.2 Promoção da Resiliência enquanto Intervenção de Enfermagem na ótica do cuidar em Saúde Mental.....	16
1.3 Conceitos e Modelos do Cuidar em Enfermagem	18
1.4 Recurso a mediadores expressivos	22
II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	24
2.1. Metodologia de Projeto.....	24
2.2. Objetivo gerais e específicos.....	25
2.3. Caracterização da população.....	25
2.4. Instrumentos e Planejamento das Intervenções	26
III. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO: O PERCURSO.....	28
3.1. Contexto hospitalar.....	28
3.2. Contexto comunitário	39
3.2.1 - Percurso desenvolvido no contexto comunitário.....	40
3.2.2 – As intervenções de grupo	41
IV. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS.....	48
4.1. Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.....	48
4.1.1 – Primeira Competência;.....	48
4.1.2 – Segunda Competência	50
4.1.3 – Terceira Competência.....	50
4.1.4 – Quarta Competência	51
V – PERSPETIVAS ÉTICAS E LIMITAÇÕES AO ESTUDO	52
VI – CONCLUSÃO.....	53
Referências	55

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

APÊNDICE 2 – JORNAL DE APRENDIZAGEM I

APÊNDICE 3 – JORNAL DE APRENDIZAGEM II

APÊNDICE 4 – AMOSTRAGEM DE DIÁRIOS DE BORDO

APÊNDICE 5 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO

APÊNDICE 6 – ESTUDO DE CASO

APÊNDICE 7– AVALIAÇÃO DOS INDICADORES NOC NA INTERVENÇÃO INDIVIDUAL – CONTEXTO HOSPITALAR

APÊNDICE 8 – INTERVENÇÕES DE GRUPO NO CONTEXTO HOSPITALAR

APÊNDICE 9 – INTERVENÇÕES DE GRUPO NO CONTEXTO COMUNITÁRIO (inclui avaliação e resultados)

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge como narrativa do percurso que empreendi no 10º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, mais propriamente inserido nos objetivos da Unidade Curricular Estágio com Relatório. Este pretende dar prova do meu desenvolvimento pessoal e profissional nomeadamente na perspetiva do cuidar mental, assim como, do trabalho teórico e académico desenvolvido tendo como rampa de lançamento o projeto de estágio previamente delineado. Pretende ainda ser sujeito a discussão e apresentação para obtenção de grau de mestre.

O estágio em questão decorreu entre setembro de 2019 e fevereiro de 2020 em duas unidades distintas dedicadas à pedopsiquiatria, a primeira em contexto de internamento e a segunda em contexto comunitário de hospital de dia. Assim, tive oportunidade de prestar cuidados a utentes pertencentes a uma faixa etária compreendida entre os 12 e 18 anos de idade, desenvolvendo e adquirindo desta forma as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EEESMP).

A inevitável mutabilidade de nós próprios e do que nos rodeia, os avanços ou recuos humanos, ideológicos e tecnológicos do meio onde nos desenvolvemos enquanto indivíduos e grupo impele-nos a uma visão flexível e atenta dos fenómenos, assim como de alguns movimentos adaptativos aos mesmos.

No decorrer da minha prática profissional junto do utente pediátrico (0-18 anos) em contexto de urgência venho sentindo uma necessidade crescente numa aposta efetiva em cuidados de qualidade na área da saúde mental junto desta população. Segundo a Direção Geral de Saúde (2012), aquando da publicação do Programa de Intervenção em Saúde da Criança já estimava que cerca de 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental, mas que a tendência fosse efetivamente crescente. Esta ideia de incidência crescente de perturbações mentais em crianças e adolescentes é também corroborada no Plano nacional de Saúde Mental, “segundo a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e a OMS - Região Europeia, uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas de saúde mental e este peso tende a aumentar. Destas, cerca de metade têm uma perturbação psiquiátrica.” (Diário da República, 2008, Pag.1396). Não obstante pude ainda constatar que diferentes pessoas nas mesmas

circunstâncias têm diferentes percursos e desfechos e termos de saúde/doença mental, sendo que aqueles que são menos resilientes mais facilmente se vêm afetados pelo adoecer mental.

Por força das circunstâncias que inevitavelmente se tornarão históricas prevê-se que durante e após a Crise Pandémica se acentue o adoecer mental e que os jovens venham a ser grandemente afetados. O foco na saúde mental e nas necessidades do cuidar mental teve um incremento exponencial durante esta fase e é espectável que esta se traduza em novas e diferentes políticas de saúde. Alarcão e Sotero (2020) alertam para um futuro incerto, mas com o perigo latente de convulsões sociais e económicas que impelem a um estar resiliente para um melhor estado de saúde.

A resiliência enquanto constructo e estado dinâmico de equilíbrio e superação é hoje mais do que antes pertinente de ser estudado e promovido. Tendo por base um paradigma salutogénico defendido pela OMS, a resiliência deve ser olhada pelo enorme potencial no âmbito da promoção da saúde e do bem-estar, quer individual quer coletivo. Sem, contudo, perder a perspetiva individual e holística dos indivíduos nas suas múltiplas dimensões de saúde (Albuquerque, 2014; Nunes, 2017; Correia, 2018).

O objetivo principal deste trabalho foi promover a resiliência junto de adolescentes com perturbação da saúde mental e entender quais as intervenções que o EEESMP pode desenvolver neste sentido. De uma forma geral propus-me enquanto instrumento sustentando na relação terapêutica a devolução de cuidados que se pretendem especializados e de qualidade. Foi um percurso muito gratificante durante o qual sinto que tive muitos ganhos pessoais e profissionais, caracterizado por reflexões e descobertas constantes de mim e do outro, uma procura ávida de Saberes e de Estratégias. As atividades e estratégias de intervenção foram balizadas pelo modelo de Betty Neuman, sendo o foco na promoção do desenvolvimento das defesas internas do indivíduo.

O presente relatório encontra-se organizado em quatro grandes partes, são elas o enquadramento conceptual ao longo do qual vai sendo exposta a problemática com a narrativa teórica que balizou as intervenções realizadas. Posteriormente surge o enquadramento metodológico durante o qual irão surgir os métodos e estratégias utilizados no planeamento e desenvolvimento da intervenção. A terceira parte caracteriza-se pelo percurso realizado durante o estágio aquando da implementação

do projeto. De seguida, na quarta parte, será levada a cabo uma abordagem às diferentes competências adquiridas e/ou desenvolvidas. Por fim surgem as considerações finais e os projetos para o futuro. Estes últimos abordarão os ganhos, as dificuldades e os obstáculos que surgiram neste processo. O último ponto pretende projetar a temática trabalhada no meu contexto profissional e num futuro medianamente próximo e implicar a mesma em novos desafios e projetos.

I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1 Saúde Mental e Psiquiátrica da Infância e Adolescência

Apenas se tornou possível a concretização de um enquadramento, quer conceptual quer metodológico mediante uma investigação prévia. Essa pesquisa realizou-se tendo por base uma questão de partida; “de que forma podem os EEESMP promover a resiliência nos adolescentes”, sendo utilizadas as mais diversas fontes. Foi levada a cabo uma revisão e análise da literatura com recurso a literatura cinzenta, livros técnicos, revistas científicas assim como bases de dados como a MEDLINE, CINAHL e B-on. Os artigos e textos encontrados foram selecionados relativamente à sua pertinência e aplicação mais ou menos atual na temática em questão. Parte-se assim do geral para o particular abordando inicialmente a Saúde Mental e Psiquiátrica na Infância e na Adolescência, sendo que este estudo incide especificamente nesta última.

A adolescência com as definições atuais é uma construção social recente, ainda que na história da humanidade se registem marcos ou rituais de passagem da infância à idade adulta. Tem a duração aproximada de uma década sendo que os seus limites estão cada vez mais amplos e menos definidos.

Segundo a OMS (WHO, 2015) o adolescente define-se como um indivíduo com idade entre 10 e 19 anos. A adolescência é um estadio de desenvolvimento e maturação entre a infância e a idade adulta, caracterizada por mudanças fisiológicas e psicossociais, influenciadas pela interação entre o adolescente e o mundo.

Pena (2014), argumenta que a adolescência ultrapassa uma mera faixa etária, e caracteriza esta fase por uma enorme flexibilidade entra a psique, num processo contínuo entre identificação e “não identificação”, entre o indivíduo e o seu meio. No Guia orientador das Boas praticas (GOBP) da Ordem dos Enfermeiros (2012), a adolescência é definida como um estado difícil do desenvolvimento humano que tendencialmente poderá estar associado a algum sofrimento. Papalia, Olds e Feldman (2001) entendem a adolescência como uma “transição desenvolvimental entre a infância e a idade adulta, o que implica importantes mudanças interrelacionais nos níveis físico, cognitivo e psicossocial (...) de crescente divergência entre a maioria dos jovens, que culminará com uma vida adulta satisfatória e produtiva” (p.508). Segundo Meleis (2015), a transição corresponde ao

início de um processo de mudança de um estado de estabilidade para outro estado igualmente estável, ou seja, é a fase entre esses dois momentos. Esse processo implica a aquisição de novos conhecimentos, a modificação de alguns comportamentos e a mudança da definição do seu autoconceito num contexto social. A construção da identidade é uma tarefa que essencialmente se desenvolve durante estes anos, segundo Erikson a principal tarefa da adolescência é o confronto da *identidade versus confusão da identidade*, na qual o jovem adquire uma nova estrutura psicológica. Segundo Piaget esta é a época em que o ser humano adquire a capacidade para o pensamento abstrato, na fase das operações formais (Papalia, Olds, & Feldman, 2001). P. Mâle considera a chamada crise juvenil, que segundo o autor se desencadeia após a puberdade e cuja duração variável não costuma ir para além dos 25 anos, uma “fase extremamente fecunda, caracterizada por um reajustamento espontâneo do indivíduo, por uma verdadeira mutação” (Marcelli & Braconnier, 2005, p. 63).

Partilhando a mesma linha de pensamento, António Coimbra de Matos também caracteriza o adolescente como “um ser em devir, que se debate com dificuldades várias, mas que possui um enorme potencial de realização e desenvolvimento” (Matos, 2002, p. 79).

Marcelli & Braconnier (2005) preconizam que mais do que em qualquer outra fase do ciclo vital, o que é normal e o que é patológico deve ser abordado de forma cuidadosa, sendo que as psicopatologias ainda não são determinantes ou carecem na sua maioria de prognóstico definitivo. Desta forma opta-se por abordar estes jovens sob a ótica da perturbação da sua saúde mental e das ações de enfermagem que permitam encontrar os seus recursos como alavanca num caminho da saúde e bem-estar.

Segundo Almeida (2018), a Saúde mental da Infância e da Adolescência teve uma atenção crescente ao longo das últimas décadas, com alterações estruturais significativas na rede de infraestruturas e de profissionais de saúde especializados nesta área de ação. As crianças e jovens devem ser uma das populações prioritárias no que respeita à intervenção, no contexto de políticas de saúde a nível europeu.

Também a OMS (WHO, 2015) sublinhou a importância de um olhar crítico perante esta temática. O Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar faz referência a cinco áreas que deverão constituir prioridade de ação, entre elas a Saúde Mental na Juventude e Educação. Apesar de todos os apelos e tomadas de

consciência ainda se verificam carências importantes e o caminho a percorrer ainda se prevê longo.

Os profissionais de saúde que desenvolvem os seus contextos de cuidados na infância e adolescência devem ter em consideração os direitos fundamentais das crianças e jovens, conforme o exposto na Constituição e a Carta dos Direitos da Criança, em particular. Estes últimos devem ser tratados como elementos ativos da sociedade que inserem e não como meros recetores de cuidados. (Goldschmidt, Marques, & Xavier, 2018).

Numa visão holística, a saúde mental está intimamente entrelaçada com a saúde física e não deve ser abordada de forma independente, levando em conta fatores externos ao indivíduo, como família, ambiente e comunidade, bem como as relações que estabelece e são estabelecidos com o mesmo. Segundo o Relatório da Rede de Referenciação Hospitalar da Pedopsiquiatria da Adolescência e Infância, (DGS, 2018), em Portugal, ainda que o levantamento dos números reais das crianças e jovens que padecem de alguma necessidade real no âmbito da saúde mental sejam escassos, o investimento em termos de infraestruturas e cuidados a esta população específica já data dos meados do século passado. De evidenciar o contributo de João dos Santos, psiquiatra que desenvolveu uma abordagem da psicopatologia da Infância, que se mantém de certa forma atual nos dias de hoje. Foi o propulsor de unidades de atendimento a crianças e adolescentes no Hospital Júlio de Matos, nomeadamente pela criação do Pavilhão Infantil dos Rapazes em 1944. Anos depois 000000000000-cria O Pavilhão das Raparigas, em 1952 uma valência de Saúde Mental para Bebés e em 1965 criou o Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa.

O Investimento desde então foi feito de forma paulatina, no entanto foram criados serviços de Internamento de Pedopsiquiatria em Lisboa e Porto, em 2016 Coimbra também inaugurou um serviço idêntico. Não obstante, e evidenciando ainda as necessidades reais de aposta continua na comunidade, uma das metas preconizadas pelo Plano Nacional Para a Saúde Mental envolve a criação até 2020, de 500 lugares para crianças/adolescentes em Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental. (DGS, 2017).

1.2 Promoção da Resiliência enquanto Intervenção de Enfermagem na ótica do cuidar em Saúde Mental

O termo resiliência surge no início do séc. XIX, sob o cunho do cientista Thomas Young, definindo a mesma enquanto capacidade de os materiais não sofrerem deformações permanentes após absorção de determinada energia. A meados do século passado as ciências sociais foram-se apropriando do conceito para caracterizar alguns indivíduos que ainda sujeitos a adversidades desfrutaram um desenvolvimento normal com índices significativos de bem-estar. As adversidades inerentes aos eventos de vida ocorriam na sua maioria durante a infância (Botas, 2011).

Alguns autores foram verdadeiros propulsores do estudo do fenómeno de Resiliência, é impossível falarmos do tema sem fazer alusão a Boris Cyrulnik, Ruther ou Emmy Werner e o próprio conceito vai ganhando novas nuances e contributos perante o interesse de diferentes áreas e disciplinas como a saúde ou a educação.

Cyrulnik (2003, 2009) argumenta que ser resiliente é diferente de ser invulnerável, significa sim ser capaz de superar as barreiras que podem tornar -se impeditivas para um desenvolvimento saudável. É desenvolvido pelo próprio sujeito, mas precisa de um vínculo externo e um significado. Ou seja, a resiliência é possível quando se encontra um vínculo significativo que permite reconstruir o significado do que se viveu.

Werner e Smith (1992) também caracterizam a resiliência como uma característica variável de indivíduo para indivíduo, sendo os fatores de proteção mais específicos e suscetíveis de modificar positivamente a sua reação a uma determinada situação e circunstância.

A resiliência pode ser definida como um processo de adaptação perante a adversidade, não se define por ausência de patologia ou psicopatologias nem garante que as mesmas não se desenvolvam. Pode ser desenvolvida mediante interações dinâmicas entre diversos fatores (Poletto e Koller, 2008; Correia, 2018).

Enquanto constructo a resiliência vai-se construindo e evoluindo ao longo do tempo, ainda que os efeitos não sejam observáveis de imediato pressupõem-se que as estruturas criadas perdurem (Ralha, 2014; Albuquerque e Frias, 2019). As autoras, citando Ruther, destacam a disseminação potencial e positiva que pode vir de processos resilientes, e o impacto dos fatores de risco que pode ser diminuído.

Machado (2010), destaca a importância do estudo da resiliência na área da saúde como um condutor que pode impulsionar o técnico de saúde a ir além dos fatores de risco, como forma de atender as potencialidades e recursos pessoais dos indivíduos que podem ser utilizados para enfrentar as adversidades, assim ampliando a compreensão do processo saúde-doença. Os fatores internos ou mecanismos que o indivíduo possui ou adquire no ambiente em que o mesmo se desenvolve não modificam o risco ou situações potencialmente estressantes, mas podem modificar o resultado e todo o processo adaptativo. Albuquerque et al (2015), afirmam mesmo que as crianças e jovens em risco têm o potencial de promover a sua própria resiliência ao longo das suas vidas e que esta capacidade pode ser facilitadora quando se deparam com as adversidades quotidianas de futuro.

Para Anaut (2005) o cuidar mental na adolescência permite a promoção de uma clínica baseada em uma abordagem multifatorial, pois considera tanto os fatores de vulnerabilidade quanto os fatores de proteção de crianças e jovens, bem como como suas famílias e a própria comunidade constituem fatores basilares na intervenção.

A resiliência torna-se assim um investimento na promoção da saúde que providencia ferramentas para determinados grupos de risco, como forma de maximizar os seus recursos. Considera-se que um maior conhecimento acerca da resiliência pode inclusive melhorar a intervenção clínica junto dos clientes (Werner, 1989, Albuquerque et al 2015). Este último correlacionou a autoestima, o autoconceito e as competências sociais como promoção de fatores protetores sem descuidar que há características individuais e coletivas que irão influenciar o desenvolvimento dos mesmos.

A importância da intervenção em áreas específicas da autoestima em crianças e adolescentes pode ser encarada como forma de prevenir a instalação futura de doença mental. A Autoestima pode ser entendida como um componente do autoconceito em si, relacionada intimamente com fatores cognitivos, emocionais e sociais (Papalia, Olds & Feldman, 2001; Albuquerque et al 2015). Contudo, indo ao encontro do preconizado por Cyrulnik, é a relação que vai permitir a intervenção, podendo por vezes constituir a intervenção por si só. A capacidade de se relacionar com outros é uma manifestação importante nas competências sociais, e esta por

sua vez influencia o autoconceito e subsequentemente a autoestima (Albuquerque & Frias, 2019).

1.3 Conceitos e Modelos do Cuidar em Enfermagem

A OMS defende que, a fim de melhorar a qualidade do atendimento, os serviços de saúde e políticas devem ser organizados em torno das necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades e não ter o seu foco nas doenças (WHO, 2015). Santana, Santos e Souza (2020) defendem que o sistema de saúde deveria ser percebido pelos jovens também como um recurso de uma rede de apoio emocional e promoção da saúde.

A abordagem deve ser baseada num modelo de atendimento centrado no cliente (CCC). Kitson et al (2013) garantem que os sistemas de saúde e os profissionais que os compõem devem comprometer-se a alcançar a melhoria contínua dos cuidados, atingindo um equilíbrio entre acessibilidade e segurança do mesmo com base no respeito e na proteção do cliente e da sua família. Neste contexto, as políticas de saúde tendem a combinar cada vez mais a segurança global apostando em padrões de atendimento centrados no cliente. Cuidar, nessa perspectiva, é mais do que “fazer pelo outro”, é um conjunto de ações que se desenvolvem em relação que se pretende terapêutica. Consiste em olhar o cliente e compreender suas necessidades reais, protegendo sua individualidade e dignidade. Este processo pode significar a necessidade de constantes reformulações das medidas adotadas e cuidados a serem prestados ao cliente antes deles.

O alvo da assistência de enfermagem é o ser humano, enquanto pessoa, a família e comunidade onde a mesma se insere, todos estão em constante interação com o ambiente e têm a capacidade de se adaptar a ele. Nessa abordagem, é inevitável mobilizar o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, e a visão holística do cliente que a mesma preconiza. Segundo Neuman é essa interação do sistema cliente e do ambiente que define a propriedade da disciplina de enfermagem. O Sistema Pessoa é um sistema aberto e pode abranger não apenas o indivíduo, mas um grupo ou comunidade, este sistema é composto de cinco variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais (Antunes, 2016).

Neuman & Fawcett (2011) conceptualizam o ambiente com uma dimensão interna e outra externa e demonstram a importância do *stress* enquanto estímulo que potencialmente aumenta a necessidade de adaptação às contingências que se vão deparando no decorrer da vida dos indivíduos. Estes *stressores* podem desencadear uma ameaça à homeostasia, sendo que o sistema irá imprimir movimentos para se reorganizar, neste processo de reorganização face aos *stressores* são as chamadas *linhas de defesa* e atuam como amortecedores do impacto gerados pelos estímulos, se esta adaptação não for bem-sucedida poderão ocorrer desequilíbrios geradores de doenças e perturbações, quando ocorrem com êxito, ou seja, são positivas, promovem o desenvolvimento e o crescimento do sistema de forma positiva. A saúde pode ser encarada como um processo dialético contínuo entre bem-estar e doença, sendo que a saúde é comparada à estabilidade ótima do sistema.

As linhas de defesa são três segundo Neuman & Fawcett (2011), a *linha flexível de defesa*, a *linha normal de defesa* e as *linhas de resistência*. A primeira e mais externa previne, em condições ideais a invasão dos stressores, a segunda e mais interna procura estabilizar o sistema quando este já foi alvo de impacto. Por último a linha de resistência mais intrínseca e inconsciente. As intervenções podem ser denominadas de primárias, secundárias ou terciárias, dependendo dos resultados pretendidos e das linhas de defesa que se pretendem alcançar, podem ainda ocorrer antes ou depois das linhas de resistências se encontrarem na fase de reação ou de reconstituição.

Partindo do pressuposto que nos dois contextos onde se desenvolveu o estágio encontrei a população adolescente com as linhas de defesa em diferentes fases e com diferentes mecanismos, a minha atuação será segundo as suas necessidades com o intuito de reforçar estas resistências aos stressores, reconhecer e tratar sintomas, promover o bem-estar.

Uma abordagem usual em termos de resiliência são os recursos internos ou intrínsecos e os externos (família e comunidade), assim como os fatores de proteção que) devem incidir em três planos;

a aquisição dos recursos internos impregnados no temperamento (...), a ferida ou carência (...) e por último o encontrar lugares de afeição, de lugares e palavras que a sociedade por vezes dispõe em redor do sujeito magoado oferece os suportes de resiliência que lhe permitir reiniciar um desenvolvimento transformado pela ferida (Cyrulnik, 2003, p.19).

A literatura consultada apresenta várias abordagens na ótica da intervenção de enfermagem sobre a resiliência de um indivíduo. Amaral-Bastos (2013) após revisão da literatura identifica antecedentes, atributos e consequentes da resiliência. A adversidade é o antecedente comum a todos os estudos e os atributos mais encontrados, que aqui destaco são a autoeficácia, esperança, sentido de si e autoestima. Como consequência da Resiliência, Bastos evidencia o coping efetivo a gestão da adversidade e adaptação positiva face às adversidades enquanto benefícios da resiliência. Umberger (2016), ressalta a importância de criar ambientes de confiança nos qual se explorem as forças e potencialidades individuais de forma a promover mudanças e crescimento positivos. A relação terapêutica estabelecida entre os enfermeiros e os adolescentes deve incidir fundamentalmente na escuta ativa, valorização da individualidade de cada um e sentimentos expressos, surgindo esta também como uma ferramenta de superação das adversidades e promotora de resiliência (Santos & Barreto, 2014).

Segundo a taxonomia Internacional NANDA e a sua interligação NIC -NOC, a promoção da resiliência surge diversas vezes como intervenção para diversos outros diagnósticos. Contudo os diagnósticos diretamente relacionados com Resiliência, apresentam resultados esperados e intervenções, algumas com fundamento na prática baseada na evidência.

Na taxonomia dos focos de Diagnóstico NANDA internacional, a resiliência surge no domínio de enfrentamento ao stress, na classe 2 – respostas de enfrentamento, com os seguintes diagnósticos; **Resiliência prejudicada, Risco de resiliência prejudicada e Disposição para resiliência melhorada**. Tomando estes diagnósticos e resultados esperados como ponto de partida, Ackley, Ladwing & Makic (2019), definiram as seguintes propostas de Intervenções de Enfermagem Promotoras de Resiliência.

Diagnóstico	Definição	Manifestado por;	Resultado	Manifestado por;
Resiliência Prejudicada	Capacidade diminuída para fazer frente às adversidades.	Interesse Diminuído em atividades académicas, vergonha, isolamento.	Resiliência Pessoal Coping Autoestima	Procura ajuda quando necessário. Apta-se a crises e desafios inesperados. Projeto de vida.
Disposição para resiliência melhorada	Habilidade para recuperar de um evento adverso, pensamento ou processo De adaptação que pode ser reforçado	Desejo expresso de alcançar: -capacidades comunicativas -ambiente seguro -progressos face a um objetivo -relações com outros -sentimento de controlo - Responsabilização pelas suas ações	Resiliência Pessoal Resiliência Familiar	Adapta-se a desvios e adversidades. Comunica de forma clara e apropriada para a idade. Expressa emoção

Risco de Resiliência Prejudicada	Suscetibilidade para diminuição da habilidade de recuperação face a uma situação adversa ou mudança	Papeis familiares difusos Família com dificuldades adaptativas Família inconsistente Recursos inadequados Abuso de substâncias Impulsividade Contexto de violência	Resiliência Pessoal Resiliência Familiar Conhecimento Recursos de Saúde	Identifica recursos na comunidade Propõe soluções construtivas Identifica e aceita recursos comunitário de assistência Verbaliza sentimento de controlo Verbaliza sentido de viver
----------------------------------	---	--	--	--

Figura 1 – Diagnóstico NANDA e indicadores de resultado relativos à resiliência. (Ackley, Ladwig, & Makic, 2019)

Comentário [a1]: confirmar se a legenda é em cima ou embaixo, metar fonte

Diagnóstico	Intervenções – NIC	Intervenções do EEESMP (OE)
Resiliência Prejudicada	Treinar Competências comunicacionais Facilitar suporte familiar Facilitar a identificação de potencialidades individuais Ajudar a identificar sentimentos positivos. Encorajar a atenção plena e o sentido de si Encorajar a uma visão otimista do mundo	Executar Intervenção para autopercepção positiva Treinar Comportamento Assertivo Executar apoio emocional Ensinar sobre autoconceito
Disposição para resiliência melhorada	Encorajar expressão de sentimentos e crenças Estabelecer Relação terapêutica baseada na confiança e respeito Ajudar a identificar forças internas	Promover expressão de sentimentos
Risco de Resiliência Prejudicada	Determinar de que forma a presença da família afeta o jovem Ajudar o jovem a praticar competências sociais e de comunicação Promover sentido de autonomia Ajudar na identificação de sentimentos derrotistas	Treinar competências sociais

Figura 2 – Diagnóstico NANDA relativos às intervenções norteadoras das intervenções do EESMP (Ackley, Ladwig, & Makic, 2019)

1.4 Recurso a mediadores expressivos

Os mediadores expressivos estão presentes nos processos comunicacionais desde que a espécie humana se reconhece como tal. A utilização simbólica de imagens é historicamente atribuída a relatos de vivências, sendo essa expressão mais abrangente e profunda do que aquela que se alcança através da linguagem falada. Os mediadores expressivos podem englobar as mais diversas formas de criatividade que encorajem o Outro a expressar, comunicar e entender as suas próprias emoções (Price, 2009). Kramer, citado por Ulman (2001), afirma que a arte é um veículo passível de alargar as experiências humanas, criando formas equivalentes de expressão das suas vivências. Através dos processos criativos o ser humano tem o potencial de reviver a luta interna que por vezes existe entre si e a sociedade.

A Arte em contexto terapêutico, ou a utilização de mediadores expressivos artísticos, podem ser utilizados como instrumentos passíveis de permitir o acesso a um mundo interno do participante, utilizando predominantemente a linguagem não-verbal. Está implícita nesta abordagem a expressão dos sentimentos ou desse mundo interno sem preocupações estéticas ou técnicas, sublinhando a liberdade de expressão e a aceitação das diferenças (Coqueiro, Vieira, & Freitas, 2010).

As sessões implementadas contaram com os seguintes mediadores expressivos;

a) Música

A música tem um efeito sobejamente conhecido e estudado na expressão do ser humano, é um mediador muito poderoso em termos de mobilização de sentimentos e emoções e deve ser utilizado de forma cautelosa, com sensibilidade e adequação. Pretende-se a utilização deste mediador, concomitantemente com os restantes, de forma a enriquecer as experiências e as vivências dos participantes.

b) Desenho

O desenho é um mediador acessível em termos de custo e com o qual nos vamos familiarizando. Durante o meu contacto com os contextos em âmbito de observação constatei que entre os jovens que se encontravam internados, muitos tinham gosto e aptidão pelo desenho a lápis e ocupavam os tempos livres com essa atividade. Este mediador tem o potencial de utilizar o simbólico, a metáfora e explorar as potencialidades criativas de cada participante. (Moshini, 2005).

c) Dança e movimento

A técnica é definida enquanto um meio expressivo que vai para além das palavras, enquanto poderoso método de externalização emocional através do não-verbal. Apresenta como principais benefícios proporcionar ou desenvolver uma conexão mente-corpo, identificando emoções e sensações, partilhando as mesmas com o grupo. Este processo poderá fomentar a coesão grupal. Anderson, Kennedy, Dewitt, Anderson, & Wambol (2014), afirmam que este processo criativo estimula um sentimento de capacitação dos intervenientes e mobiliza os mesmos para o cumprimento do plano terapêutico através de sentimentos positivos acerca de si próprios

Comentário [is2]: Acrescentar bibliografia do projeto

d) Imagem (cinema e fotografia)

Segundo a literatura consultada a utilização da imagem, seja através da fotografia, seja através do cinema, como mediador terapêutico terá evoluído a partir dos princípios e técnicas da biblioterapia. Sharp et al (2002) defendem que este mediador integra uma abordagem existencial-humanista e que se integra na ótica das terapias cognitivo – comportamentais.

Comentário [is3]: Bibliografia das intervenções - cinema

II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

2.1. Metodologia de Projeto

Benner afirma que “a Enfermagem é socialmente construída e coletivamente concretizada” (Benner, 2001, p.18). Assim, no campo da aquisição de competências torna-se necessário que exista uma planificação estruturada, elencada a um corpo teórico e que se coloque em prática em conjunto com os enfermeiros dos contextos. É essencialmente através da relação com os utentes que ali se encontram, sob a intenção de ir ao encontro das suas necessidades de saúde. Segundo a autora, as aquisições de competências e as práticas competentes são desenvolvidas na prática de cuidados de enfermagem em situações reais

O presente estudo integra um tipo de metodologia investigação-ação, que segundo Coutinho et al (2009), pode ser descrita como um conjunto de metodologias que pressupões uma ação ou mudança e uma investigação ou compreensão de um fenómeno, pretende-se que haja assim uma alternância entre uma ação e um processo de reflexão crítica. Por metodologia entendamos caminho, etimologicamente enquanto palavra encontramos o significado de “mais além”. Este caminho que nos leva mais além carece, segundo Vilelas (2009), de algumas técnicas e procedimentos que nos balizem a aquisição de novos conhecimentos baseados na nossa observação de um fenómeno real. O mesmo autor afirma ainda que um projeto “de intervenção inclui um processo de investigação em espiral, interativo e focado num problema” (Vilelas, 2009, p194). A metodologia de projeto tem como finalidade a resolução de um determinado problema. No percurso traçado para obter uma mudança em saúde junto de um grupo ou comunidade é necessária uma ação transformadora que carece de uma investigação prévia que permita ao sujeito que a leva a cabo aumentar o seu conhecimento acerca de determinada franja da realidade (Dick, cit in Vilelas, 2009). Ruivo, Ferrito, & Nunes (2010), defendem que esta metodologia de projeto contém as seguintes etapas; o diagnóstico de situação; a elaboração, objetivos, planificação e execução das atividades, avaliação e divulgação dos resultados.

Aquando dos primeiros turnos de observação juntos dos contextos procederam-se à realização da primeira etapa – **o diagnóstico de situação**. Foi então averiguada a pertinência da temática a trabalhar junto dos peritos e dos responsáveis do serviço, através de entrevistas não estruturadas, observação direta sobre a população e fenómenos, num exercício de ajustamento entre a realidade e a

Comentário [is4]: Acrescentar na bibliografia

Comentário [is5]: Acrescentar bibliografia

teoria anteriormente afluída. Ruivo, Ferrito, & Nunes (2010) infirmam que após esta primeira incursão segue-se uma **planificação**, a segunda fase da metodologia de projeto, a qual englobou o traçar de objetivos, balizando assim o que se pretende alcançar com as ações posteriores. Esta planificação pretende perspetivar o desenrolar das atividades ao longo do tempo para que o investigador organize o seu trabalho de forma eficaz. No caso particular deste estudo, a fase de redação deste mesmo relatório extrapolou o tempo inicialmente previsto pelas contingências associadas à crise pandémica que atualmente atravessamos.

No decorrer da implementação do projeto todas as fases foram devidamente cumpridas em termos de metas temporais estipuladas (apêndice 1). Foi ainda nesta fase que foram planificadas as intervenções /ações a levar a cabo como estratégia de alcançar os objetivos, as quais sofreram alguns ajustes em contexto real, isto é, na etapa da **execução**. Aqui dá-se a operacionalização do projeto de estágio e consiste efetivamente no que decorreu ao longo do mesmo e que este relatório pretende refletir. Pretende ainda ser veículo da **exposição dos resultados** após **avaliação e análise** dos mesmos. Será esta revisitação às etapas do projeto que dará forma às próximas páginas deste mesmo trabalho.

Comentário [is6]: Confirmar nº de anexo

2.2. Objetivo gerais e específicos

Como Objetivos norteadores deste estudo delinearam-se os seguintes;

Objetivo geral de estágio: Promover a resiliência junto dos adolescentes com perturbação da saúde mental.

Objetivos específicos: a) adquirir e desenvolver competências e conhecimentos que permitam intervir junto de adolescentes com perturbação da saúde mental, b) planear e desenvolver intervenções promotoras de resiliência em adolescentes com perturbação da saúde mental, c) adquirir e desenvolver competências de intervenção utilizando mediadores expressivos, d) adquirir e desenvolver competências nas intervenções junto de grupos terapêuticos.

2.3. Caracterização da população

A população alvo deste trabalho é aquela com a qual me foi permitido interagir durante o estágio. Em ambos os contextos eram maioritariamente adolescentes, o grupo demonstrou ser heterógeno relativamente a questões de género ou socioeconómicas. No contexto do internamento contávamos com cerca de 16 jovens

diariamente com algumas oscilações nos indivíduos pelos movimentos habituais de altas e admissões. Assim deu-se ênfase a uma intervenção grupal mais genérica com predomínio da aposta em intervenções individuais. Por sua vez no contexto de hospital de dia a população foram 15 jovens entre os 15 e 18 anos. A assiduidade destes foi oscilante, sendo que também aqui houve flutuações entre jovens que integraram grupos e outros que tiveram alta ou que foram suspensas as atividades por falta de adesão. Todos os adolescentes, em ambos os contextos estavam inseridos num projeto terapêutico.

2.4. Instrumentos e Planeamento das Intervenções

No decorrer deste percurso utilizei técnicas de observação direta e participante que me permitiram o estudo dos fenómenos, nomeadamente os comportamentos dos indivíduos tal como ocorrem, descrevendo dados e utilizando-me a mim e aos meus sentidos na compreensão dos mesmos. É fundamental para o desenrolar do processo que se estabeleça uma relação, que se pretende terapêutica e empática com a pessoa ou grupo em questão, como forma de diminuir a inferência da minha presença nos contextos.

Outro método que adotei e que vem descrito na literatura como “Mapas Falantes”, estes podem ser formas variadas de recolhas que pretendem refletir as vivências e as interações ocorridas, podem tomar a forma de áudio, fotografias, imagens ou produções, ou outras ferramentas (Martins, 2013).

Em ambos os contextos recolhi relatos pessoais do que estava a vivenciar, tendo por base uma prática baseada na evidência, foram construídos dois jornais de aprendizagem (apêndice 2 e 3) no contexto de internamento e diário de bordo no contexto comunitário, no qual surge o registo e o meu percurso, expondo aquilo que foi emergindo da prática, nomeadamente as minhas dificuldades, aprendizagens e sentimentos (apêndice 4).

a seleção de uma intervenção de enfermagem em particular é parte do processo de decisão clínica do enfermeiro. Devem ser considerados seis fatores na escolha de uma intervenção: os resultados esperados do paciente, as características do diagnóstico de enfermagem, uma base de pesquisa para a intervenção, exequibilidade para realizar a intervenção, aceitação do paciente e capacidade dos enfermeiros (Johnson et al, 2010, P.78)

Comentário [a7]: Apresentação sumária de todos os instrumentos e intervenções que fiz para preparar o leitor (colocar em anexo as ilustrações)

Concretamente o enfermeiro EEESMP, planeia e implementa as suas intervenções com o objetivo último de contribuir para a “adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 21427).

Tomando os diagnósticos e resultados esperados como ponto de partida Ackley, Ladwing & Makic (2019) definiram propostas de Intervenções de Enfermagem Promotoras de Resiliência, anteriormente apresentadas. Dentro das várias propostas foi realizada uma adaptação NIC e NOC tendo em conta as necessidades específicas dos participantes e a sua interligação com as psicopatologias mais frequentes dos contextos, nomeadamente perturbações de comportamento social, comportamentos centrados no corpo e comportamentos autolesivos. Realçaram-se aquelas cuja literatura evidência como fundamentais na promoção da resiliência, nomeadamente o autoconceito e o sentimento de si, a autonomia e expressão de sentimentos.

Foram planeadas e implementadas intervenções de grupo em ambos os contextos, consistiram em intervenções diferentes adaptadas aos contextos e necessidades dos serviços. A avaliação das sessões foi realizada no hospital de dia através de cinco indicadores de resultado, são eles; autoestima, habilidades de interação social, autoconceito, imagem corporal e autocontrolo do impulso.

Foi utilizada uma tabela que inclui escalas de likert preenchida através da observação do comportamento das verbalizações e interação dos participantes. No internamento utilizaram-se registos de interação sendo que neste foram utilizados o cinema e a fotografia como mediador, já em Hospital de Dia deu-se primazia ao desenho e movimento, ainda que a fotografia também tenha coincidido. Propus-me ainda desenvolver intervenções individuais no contexto hospitalar, assim foi realizado um Estudo de Caso no decorrer deste estágio (apêndice 6). Durante este, pude intervir junto da paciente identificada e mediante levantamento de diagnósticos de enfermagem planear as intervenções junto da mesma.

III. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO: O PERCURSO.

Ainda que o percurso empreendido tenha começado na planificação do projeto é apenas aquando da sua implementação que o mesmo começa a ganhar forma. Pela singularidade de cada um dos campos de estágio senti necessidade de os diferenciar e de os dissecar mais pormenorizadamente em termos das intervenções promotoras da resiliência levadas a cabo.

No contexto hospitalar desenvolvi intervenções individuais não estruturadas de forma espontânea, no entanto através de o método de Estudo de caso foi possível desenvolver também intervenção individual estruturada e planeada sendo apresentada uma súmula da mesma no decorrer deste capítulo. As intervenções de grupo em contexto hospitalar foram implementadas no decorrer de uma atividade terapêutica já instituída na unidade, recorremo-nos da utilização de mediadores de imagem, cinema e fotografia.

Em contexto comunitário foi construído um plano de intervenção promotor da resiliência que foi aplicado a três grupos distintos, as sessões eram inicialmente idênticas em todos os grupos, mas devido à singularidade de cada grupo e as suas reações díspares aos vários mediadores sustentaram um ajuste a cada um dos grupos intervencionados. Os mediadores utilizados neste contexto foram a dança e movimento, o desenho e a fotografia.

3.1. Contexto hospitalar

A unidade integra um Centro Hospitalar da região de Lisboa e Vale do Tejo Lisboa integra crianças e adolescentes até à idade de 18 na os, de ambos os géneros com perturbações do foro da saúde mental variadas, implementando um projeto terapêutico personalizado a cada um dos utentes. A unidade atende essencialmente utentes em situação aguda, sendo que as situações mais frequentes que surgem são de perturbação de comportamento. A equipa multidisciplinar inclui enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, uma psicomotricionista, uma dietista, uma animadora sociocultural, técnicas de serviço social e assistentes operacionais. Existem várias sessões terapêuticas agendadas semanalmente e intervenção individual e personalizada diária. As famílias são ainda atendidas mediante necessidade ou pedido dos próprios e as relações são pontualmente mediadas. É um serviço que limita o contacto com o exterior, mas que paulatinamente vai

integrando os utentes em atividades no exterior, inicialmente o contacto é restrito a chamadas telefónicas e subsequentemente são autorizados passeios ao exterior, idas à escola ou ensaios de alta. O tempo do internamento é direcionado para diversos momentos de atividades, sejam elas expressivas, plásticas, didáticas, lúdicas ou artísticas, sendo que crianças e jovens as integram por meio de seus projetos terapêuticos. Utilizado método de enfermeiro de referência. Os utentes admitidos nesta unidade são oriundos de vários pontos geográficos de Portugal com maior incidência em todo o sul e ilhas, são jovens e crianças que migram de outros serviços dentro da instituição ou outros serviços de urgência de diversos centros hospitalares, poderão ainda ser referenciados para internamento pelos pedopsiquiatras que os seguem. As necessidades em respostas em saúde mental a nível desta faixa etária são parcas e potenciam situações de lista de espera para internamentos programados, o tempo de internamento é muito oscilante dependendo do percurso terapêutico e da problemática que impeliu ao internamento.

3.1.1 – Percurso desenvolvido no contexto hospitalar

Esta unidade tem uma organização exímia o que, na minha ótica, potencia o percurso terapêutico de cada um destes jovens que aqui é admitido, mas que é muito exigente para os profissionais implicados, nomeadamente para a equipa de enfermagem. Nesta unidade o binómio enfermeiro - utente está em constante relação. Foi sem dúvida desafiante e promotor do meu desenvolvimento, em todos os níveis, mas particularmente na intervenção individual estruturada e não estruturada e no estabelecer da relação com o outro:

sinto como uma emergência diferente da hemodinâmica com que lido mais frequentemente, é como se houvesse a permanente latência de uma bomba-relógio, que se não afinada por um técnico pode implodir a qualquer momento. Com este sentimento surge o medo e a responsabilização dos meus atos e contactos, todas as ações e palavras contam. (in Jornal de Aprendizagem 1 – Pag.2 – [apêndice 2](#)).

Comentário [is8]: Confirmar número de anexo

Esta consciencialização da complexidade deste contexto, impeliu-me a categorizar as minhas observações e as avaliações sendo que construí umas grelhas de observação (apêndice 5) que fui utilizando na entrevista individual.

3.1.2 – Intervenção individual

As intervenções diárias e constantes e este estabelecer da relação permitiu-me ir conhecendo os diferentes jovens e destes selecionar um dele para intervenção individual mais incisiva através de um estudo de caso.

Galdeano, Rossi e Zago (2003), definem estudo de caso como um método aplicado ao estudo das necessidades da pessoa humana que se coaduna à disciplina de Enfermagem na sua perspetiva do cuidar holístico e no incremento da qualidade dos cuidados prestados.

Desta forma desenvolvi um estudo de caso no contexto de uma intervenção individual que planeei, implementei e avaliei, como demonstrado em seguida.

Sumula de Estudo de Caso / Intervenção Individual (apêndice 6)

Paciente Identificada (P.I.): Ana (nome fictício); **Idade:** 13 a; **Tempo de Intervenção:** 6 semanas, 8 sessões, cada com duração de 40 a 50min.

A escolha da paciente identificada (P.I) e da psicopatologia em questão, teve por base, a população do internamento no período em que decorreu o estágio e a relação estabelecida com a jovem durante as semanas precedentes à intervenção. Pelo número elevado de adolescentes com patologia do comportamento alimentar, cerca de 1/3 do número total dos jovens em regime de internamento (no momento a que me reporto) e por estes exigir uma intervenção prolongada. Optei então por abordar sob uma forma estruturada a intervenção a esta jovem que ingressou no serviço durante o estágio. A minha intervenção pretendeu então vir a acrescentar ao percurso terapêutico um cuidar de enfermagem individualizado, sistematizado e que se coadune e interligue a toda a restante intervenção.

Foi de início necessário o estabelecer de uma relação, dar tempo para que cliente e interveniente clarificassem as trocas, as relações e os papéis assumidos pelas pessoas implicadas numa relação terapêutica (Chalifour, 2009). Esse tempo e espaço foi sendo conquistado através de cuidados formais e informais no decorrer das rotinas pré-estabelecidas e inerentes a uma dinâmica organizada do serviço em questão, na qual os horários e as rotinas dos jovens internados deixam em aberto poucos momentos livres para intervenções individuais. Acolhendo as impressões que a jovem ia partilhando em outras atividades, nomeadamente de grupo, fui

Comentário [is9]: Devo colocar o estudo de caso em apêndice? Retiro ecomapa e genograma.

Comentário [a10]: Sim

estruturando uma intervenção individual e encontrei nos tempos de repouso (pausas após as refeições) uma oportunidade de excelência para os nossos encontros e entrevistas com recurso a metáforas e a mediadores expressivos fáceis de mobilizar no contexto e situação.

O contacto com a família, tão necessário neste contexto, foi dificultado pelo facto de área de residência da jovem ser bastante longe do hospital tornando a presença da família alargada limitada durante o internamento. O pai da jovem deslocara-se para Lisboa e recorria assiduamente a todas as visitas chegando por vezes antes do horário pré-estabelecido. Estas visitas eram de suma importância para a jovem, e o tempo que passavam em conjunto securizante e fundamental para o seu processo terapêutico, assim preferi por não retirar este tempo a ambos mas agendei duas entrevistas com o pai conforme a sua disponibilidade. Foi facilitador para a minha intervenção a forma disponível como ambos conceberam este tempo e estas entrevistas.

Relação Terapêutica e desenvolvimento dos cuidados.

De modo a dar resposta aos objetivos da intervenção proposta, foi fundamental priorizar a construção de uma relação terapêutica sendo este um processo em si e não apenas um fim. Segundo Chalifour (2008), o cliente e o interveniente são os principais autores desta relação, neste caso concreto o interveniente surge como um facilitador para que o cliente perceção gradualmente o seu estado de saúde, as suas respostas biológicas, fisiológica, e que descubra / fortaleça as suas linhas de resistência internas. A relação terapêutica estabeleceu-se num prazo aproximado de seis semanas, numa fase inicial respeitando os espaços e tempos de Ana, que inicialmente não demonstrava disponibilidade para a aproximação dos técnicos. Não será possível a descrição de todos os momentos, mas seguindo a ordem esquemática de Chalifour (2009) a intervenção foi dividida em três fases:

a) A fase de orientação (1ª fase), foi favorecido um clima de confiança e esclarecimento dos papéis e contrato terapêutico. Ainda que a interação se tenha iniciado nos momentos nos quais decorreriam as atividades de vida diária e atividades psicoterapêuticas, o momento efetivo da intervenção ocorreu após a sessão de terapia pelo cinema. Na qual a jovem, fez uma comparação da sua adolescência com uma imagem de montanhas, atribuindo às mesmas o significado de um período cheio de obstáculos e momentos difíceis. Devido ao horário preenchido e organizado inerente às rotinas do serviço, foi acordado que os nossos

encontros de intervenção individual ocorressem nos períodos destinados aos repousos. A proposta foi bem recebida pela jovem, sendo que assumiu o compromisso com aparente vontade e motivação.

b) Seguiu-se **a fase de trabalho** (2ªfase) na qual foi utilizado o mediador fotografia para esclarecer o conceito de adolescência, os significados e significâncias, assim como as dificuldades identificadas pela jovem.

c) Posteriormente **no término do contrato terapêutico** (3ªfase) recorri a um mediador expressivo e à metáfora nela contida, recorrendo a um pequeno texto e à posterior análise da mensagem que se pretendeu passar.

As Sessões

As sessões decorreram sem intercorrências com grande sentido de entrega da jovem. Ana perspectivou a adolescência como um caminho sinuoso cheio de obstáculos, referiu que a assustava ter de crescer e desenvolver formas femininas de mulher, acrescentou ainda ter medo da menarca, porque sentia vergonha e era algo que não controlava. Tentámos desconstruir as visões negativas deste processo e focar nas vivências que Ana considera-se positivas, nomeadamente a autonomia e a independência.

Ao abordarmos o motivo de internamento e a doença em si, Ana caracterizou a doença como uma força obscura que por vezes a dominava: "...é como se sentisse uma força negra que não me deixa estar bem...na verdade...é uma luta entre a força, uma força boa e outra força má...". Questionei onde ficava ela, Ana, no meio dessas lutas, não respondeu verbalmente, encolheu os ombros e recolheu-se no silêncio.

Através de uma analogia aos filmes da "Guerra das Estrelas" nos quais até os guerreiros mais intrépidos receiam o lado negro da força, receiam sucumbir a ela...que armas teria Ana para fazer frente a esta ameaça? Não sabíamos, mas encetamos aqui um percurso de descoberta dessas armas (ainda) secretas, contratualizámos cinco. O recurso a metáforas mobiliza a imaginação e o simbolismo, podendo facilitar a comunicação ou a reorganização de ideias ou significados. A expressão sob formas metaforizadas pode ser libertadora na capacidade de sentir e pensar (Capinha, 2019).

Nestas primeiras sessões senti que Ana teria dificuldade em aceder a si, sentiu-se uma grande resistência em focar uma única característica positiva, fazendo por

diversas vezes referência a autocrítica e a localizar as suas forças e estratégias fora de si, nomeadamente na relação com o pai.

Como característica positiva acabou por salientar a sua persistência, nomeadamente para alcançar aquilo a que se propõe. Comparou-se com o irmão; “... *ele é muito inteligente não precisa de se esforçar para nada...eu sou o contrário tenho que trabalhar muito para conseguir o mesmo do que ele.*” Revelou ter o seu horário muito organizado entre estudos e práticas desportivas de competição, muito pouco flexível para alterações na rotina. Após alguma circularidade no discurso senti a necessidade de recorrer a algum mediador que não despendesse gasto calórico e que cumprisse o requisito do repouso, assim optamos pela colagem e escolha de imagens.

Durante as restantes sessões fomos moldando este caminho através das imagens escolhidas, iniciamos o caminho pela realização do genograma e de um ecomapa. Olhou para as suas relações familiares representadas por si, na qual fez questão de reforçar a relação com o pai. Enfatiza esta relação como a pedra basilar da sua força e da sua vida, o fâcies e a postura corporal estão em concordância com as suas palavras. Reporta-se à mãe como alguém que não sabe reagir de outra forma à sua doença, “... *eu sei que é por medo, por não entender, talvez por ter medo de me perder ..., mas a forma como me tenta obrigar a comer deixa-me muito triste, discutimos muitas vezes*”. As sessões desenvolvem-se com uma disponibilidade contínua da jovem, ainda que tenham existido sessões mais difíceis, com mais silêncios e uma maior labilidade emocional. Esta labilidade ocorreu maioritariamente nos dias de pesagem durante os quais Ana se debate com a dicotomia de chegar ao peso de alta e sentir-se a engordar. Importou aqui desmistificar o aumento de peso como peso orgânico e vital e não como aumento de gordura corporal. Não senti nunca no discurso da jovem alteração da imagem corporal, sendo que a mesma atribuiu o desejo de magreza à prática de ginástica de competição. Não obstante, tive a oportunidade de ter uma sessão com o pai, foi este que acaba por me revelar a obsessão de Ana relativamente à dimensão do ventre, receio este que a mesma já lhe tinha confessado durante o internamento.

O pai corroborou ainda a evolução da doença percebida por si, houve tempo e espaço para também o pai expor os seus sentimentos, as suas dúvidas e receios, começou por dizer-me “...*eu também estou internado...*”. Senti que seria pertinente uma intervenção familiar sistémica, mas não sendo nestas condições possível,

considero que a entrevista familiar levada a cabo foi uma mais-valia para o entendimento mais holístico de toda a problemática, para criar o espaço para que este pai, a força motriz de Ana, pudesse também ele pedir ajuda. Foi reforçada a importância de um seguimento e de uma vigilância cuidada num momento pós alta, assim como, o atingir o peso de alta não significar o término da doença.

No decorrer deste percurso entende-se que Ana tem o desejo de se conhecer a si própria, de soltar as amarras que a prendem às suas próprias características de controlo e perfeccionismo. Revela que conhece pouco de si e que deveria conhecer-se mais, demonstrar quem é, “...*sem máscaras, chorar quando estou triste em vez de sorrir*”, deseja entrar em contacto com os seus sentimentos e aprender a viver consigo. Ressalta ainda como benefício do internamento o poder olhar para si, cuidar de si, refletir e sentir, algo que nunca se tinha permitido até então.

Criou numa folha A3 uma série de imagens sobrepostas com frases espalhadas que me foi ordenando, assim nasce esta construção íntima de si através das minhas mãos, por não poder movimentar as suas.

Foi uma dança entre nós, de energias e personalidades tão díspares, mas que lograram um equilíbrio neste encontro com benefícios para ambas as partes. Projetou planos para o futuro, chorou, riu e refletiu, por vezes durante dias. Foi um espaço e um tempo que acredito possa ter auxiliado o seu projeto terapêutico. Ainda que o projeto terapêutico de Ana permitisse continuar a intervenção, chegámos ao fim deste caminho conjunto, a terceira etapa, e foi necessário encerrar as nossas sessões, o feedback de Ana foi bastante positivo. Por me serem difíceis as despedidas muni-me de um mediador, um texto retirado do livro “Príncipezinho” de Saint Exupéry, que Ana desconhecia, repleto de simbolismos e baseado na autenticidade das relações.

Resultados e discussão

Foi através de o estabelecimento de uma relação terapêutica com um contrato pré-estabelecido que fizemos este percurso conjunto. Percurso este que teve como rampa de lançamento na ótica de Enfermagem a Teoria de Sistemas de Betty Neuman, com enfoque nas linhas de defesa e promoção da resiliência, na sua consolidação e descoberta. Para a avaliação de todo o caso mobilizou-se a construção de diagnósticos de enfermagem pela taxonomia NANDA e foi realizado uma avaliação do estado mental. A partir dos indicadores de resultados NOC foi

construída a tabela likert (apêndice 7) de forma a proceder a avaliação dos diversos itens a cada sessão.

Análise e discussão dos dados

À data da conclusão da intervenção, o projeto terapêutico de Ana está longe de ser concluído, no entanto há a salientar alguns resultados positivos. Ana expressou sentimentos e emoções, verbalizou e demonstrou vontade e disponibilidade para se conhecer melhor, entrando em contacto consigo própria.

Existiu uma procura de apoio emocional e participou com crítica nos grupos e atividades terapêuticas que foi integrando. Revê-se no passado com crítica mantendo sentimentos de zanga e culpa dirigida a si própria verbalizando o abandono da equipa de ginástica “... *sinto que as deixei ficar mal, depois de tanto trabalho, nem sei se vão poder competir, sinto-me culpada*”. Conotou os nossos encontros de forma positiva e encontrando espaço para se expressar de forma emotiva. “... *gosto destes momentos, sinto que é bom, que me ajudam a refletir, penso em coisas que nunca tinha pensado antes*”. Consegue verbalizar sentimentos dicotómicos relativamente ao aumento de peso verificado durante o internamento, foi importante o desconstruir desse sentimento e no final, ainda que lhe gerasse desconforto era notório o enfoque positivo relativamente à satisfação na melhoria da função corporal; “...*na verdade já me sinto com mais energia, mais bem-disposta, não tenho tanto frio, isso é bom...*”.

Cumpram as prescrições e as ingestões calóricas com alguma negociação dos alimentos ingeridos, utiliza os suplementos prescritos e cumpre ingestão hídrica. Apresentou ainda com alguma dificuldade e indefinição nas projeções para o futuro. Mostrou-se muito angustiada com a impossibilidade de prática de ginástica de alta competição após alta, focando essa angústia na desilusão que poderá ter provocado à equipa. Tentamos explorar outros interesses e retirar o ónus dos desportos de competição, apresentou alguns outros interesses, mas revela chorosa que se define pela prática de ginástica de competição. “...*tem sido a minha vida, e a forma como me sinto...* (chora compulsivamente e seguem-se silêncios) ...*não imagino a minha vida sem isto, adoro, faz-me sentir tão bem...*”. Interesse-me mais acerca desta prática. Descreve-me que as equipas funcionam em trios e que ela é a base da pirâmide, o apoio. Tento que refletamos acerca desta posição e do seu significado, dos sentimentos e sensações que lhe provocam. Observa-se uma individualização progressiva e um foco para si mesma, para as suas potencialidades e

características, diferenciando-se a cada sessão do subsistema pai-filha como a única força motriz que reconhece na sua vida, mantém uma comunicação franca e assertiva demonstrando vontade no seu crescimento e autoconhecimento. Foi apresentando de forma gradual uma postura mais descontraída e confiante, com participação ativa nas sessões de grupo.

Os objetivos principais da intervenção contratualizada foram cumpridos, a relação terapêutica estabelecida foi vinculativa para todo o processo, num contexto diferente poderia esta intervenção ser alargada no tempo e incidir com maior prevalência no distúrbio da imagem corporal e no conhecimento da doença.

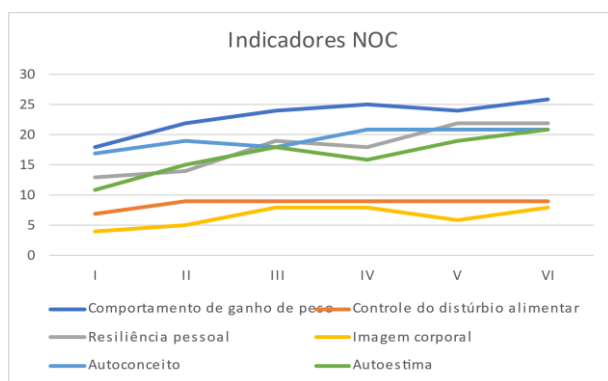


Figura 3 - Resultados das sessões individuais por indicadores de resultado NOC

3.1.3 – Intervenções de grupo

As intervenções de grupo foram inseridas numa atividade terapêutica já desenvolvida no serviço, por questões de logística e de adaptabilidade ao projeto integrei atividade de terapia pelo cinema, sendo que durante seis semanas planifiquei e coloquei em prática as sessões (apêndice 8).

A implementação das sessões surgiu no contexto de desenvolvimento de estratégias e intervenções de enfermagem passíveis de serem promotoras da resiliência nesta população específica. Assim, existiu durante a escolha dos filmes e no planeamento das sessões uma preocupação em ir ao encontro dos resultados NOC identificados como promotores da mesma, nomeadamente; a autoestima, o autoconceito, as habilidades de interação social, o controlo do impulso e a imagem corporal.

Os critérios de inclusão nos participantes foram; ser permitido estar com o grupo e desejar participar. Os sujeitos variaram ao longo das várias sessões, em pessoa e

Comentário [is11]: Colocar terapia pelo cinema em apêndice. Introduzir os subcapítulos no índice

número, pela própria dinâmica do serviço A avaliação foi realizada no final de cada sessão tendo sido recolhidos relatos, efetuada observação mediante tabela previamente construída, redigidos os sentimentos enquanto co-terapeuta inerente a cada sessão. Foi então delineado um plano de intervenção com seis sessões e realizada uma sessão por semana.

Plano de intervenção - terapia pelo cinema

- **Sessão 1**

Filme - “Divertidamente

Título - “Trabalhando as Emoções”

Intencionalidade Terapêutica: promover expressão de sentimentos.

- **Sessão 2**

Filme - Billy Elliot

Título - “A perseverança e a superação”

Intencionalidade Terapêutica: Promover a reflexão sobre o conflito parental, assim como a resposta ao preconceito. Promover a reflexão sobre a resiliência e a perseverança no meio adverso.

- **Sessão 3**

Filme: D.U.F.F. – (Designated Ugly Fat Friend)

Título “O Autoconceito e a Autoestima”

Intencionalidade Terapêutica: Promover a reflexão sobre o autoconceito e a autoestima num mundo altamente modelado pelo virtual e pela imagem.

- **Sessão 4**

Filme: “Nerve”

Título: “Autoconceito e relações com o outro, o EU virtual”

Intencionalidade Terapêutica Promover a reflexão sobre o autoconceito e a autoestima num mundo altamente modelado pelo virtual, pela imagem e pelas relações sociais em rede.

- **Sessão 5**

Filme: “Soul Surfer”

Título: “Trabalhando o medo, a superação e autopercepção positiva”

Intencionalidade Terapêutica: Promover a compreensão do papel do medo nas suas vivências, abordar autoconceito e autopercepção positiva.

- **Sessão 6**

Filme: “Front of the class”

Título: “O estigma da doença mental e o autoconceito de quem a padece”

Intencionalidade Terapêutica: Promover a reflexão acerca do estigma, autoconceito e autoestima.

Resultados e análise das sessões

Existiu durante a escolha dos filmes e no planeamento das sessões uma preocupação em ir ao encontro dos resultados NOC identificados como promotores da mesma, nomeadamente; a autoestima, o autoconceito, as habilidades de interação social, o controlo do impulso e a imagem corporal. Foi ainda necessário selecionar filmes que de alguma forma se aproximassem da realidade dos participantes, quer em problemáticas, quer em faixas etárias dos protagonistas para cativar os participantes. No entanto também não é aconselhável que o conteúdo incida numa problemática específica que seja passível de exposição gratuita de processos psicopatológicos.

Por duas ocasiões adaptou-se a sessão ao último minuto devido a acontecimentos próximos relacionados com determinados conteúdos. As sessões decorreram com necessidade de observação e interferência frequente junto dos grupos. Existiram algumas intercorrências e interrupções, comportamentos mais disruptivos que habitualmente adequavam aquando da intervenção do técnico, no entanto por duas ocasiões houve necessidade de retirar algum participante da sala. As interrupções eram habituais, como forma de integrar outros agendamentos (como consultas ou lanches) o que obrigava a maior flexibilidade. Senti a necessidade de introduzir um outro mediador para enriquecer a discussão após a visualização do filme, desta forma introduziu-se a fotografia com muito boa aceitação quer dos jovens quer da equipa e foi estruturado um questionário para introduzir reflexão e introspeção, incidindo na temática a trabalhar.

É aqui que se diferencia a utilização do cinema enquanto mediador terapêutico de uma atividade meramente lúdica ou artística (Sharp, Smith & Cole, 2002). O cinema revelou-se um mediador extremamente útil e poderoso na mobilização de emoções e memórias, de formas questionamento, de reflexões e de questões que ficam como que latentes a aguardar resposta e que promovem procuras internas e inquietações importantes no percurso terapêutico. Na faixa etária dos jovens aqui presentes, o acesso ao pensamento abstrato pode não ser fácil nem natural ainda. Se a este facto acrescentarmos as dificuldades emocionais que padecem e que os conduziram até aqui, assim como alguma terapêutica inibidora e reguladora do humor, podemos entender que a metáfora presente nas narrativas, as imagens, as músicas e toda a densidade cénica apresentada poderá ser facilitadora para os colocar em contacto com as suas dificuldades, aflições e emoções a fim das mesmas poderem ser trabalhadas. Por vezes encontravam-se pensamentos mais rigidificados com predomínio no locus externo sendo disso exemplo; *“...a autoestima e o autoconceito só melhoram quando alguém se interessa por nós...”*, ou, *“... nunca volto atrás com a minha palavra, uma vez uma amiga minha precisava de descarregar a raiva e eu aguentei quase duas horas com ela a dar-me murros na barriga...”*, estas partilhas foram acolhidas e tidas como ponto de partida para as intervenções de forma a serem devolvidas em cuidados.

Os jovens aqui internados de uma forma global aderem facilmente e com agrado à atividade do cinema por se tratar de uma intervenção que decorre de forma descontraída envolvendo uma atividade que têm como prazerosa e que se encontram familiarizados podendo conferir-lhes maior sentimento de segurança e disponibilidade para a realização da mesma. A própria discussão após a visualização do filme constitui um exercício de competências sociais e de comunicação, assim como o implementar de um exercício que poderá desenvolver e conferir algum sentido crítico aos jovens enquanto espetadores de situações imaginadas ou percecionadas na realidade que os rodeia. O propósito terapêutico das intervenções foi atingindo sendo que foi possível trabalhar os vários indicadores NOC implicados na promoção da resiliência.

3.2. Contexto comunitário

O segundo campo de estágio que pude integrar neste percurso é um Hospital de Dia vocacionado para a área da adolescência. Integra um Centro Hospitalar Lisboa na

região de Lisboa e Vale do Tejo e realiza seguimento em contexto de pedopsiquiatria, habitualmente dos 13 aos 18 anos, podendo integrar utentes mais novos conforme algumas situações de caráter excecional.

A equipa é constituída por 3 enfermeiros, pedopsiquiatras, psicólogos, técnicas de serviço social e administrativas. O trabalho realizado nesta unidade é essencialmente o de reajuste multissistémico (emocional, social e psicoafectivo). Ainda que os projetos terapêuticos sejam individualizados, procedem-se a várias atividades terapêuticas e expressivas de grupo. Adotado método de enfermeiro Tutor.

3.2.1 - Percurso desenvolvido no contexto comunitário

Esta unidade foi desde o primeiro momento a casa onde me foi permitido amadurecer com tempo, calma e orientação as ideias e os Saberes adquiridos anteriormente e ir encontrando paulatinamente o meu EU co-terapeuta

“Entro no edifício e reparo na sua estrutura, as suas paredes largas e firmes, os tetos altos, as salas amplas, sinto-o como um bom setting, uma boa metáfora daquilo que a maioria dos jovens necessitará para se reorganizar. É apenas o ponto de partida, um a um chegam os rostos, os corpos com as suas imagens pensadas e executadas como mensagens de si para o mundo, carregam as suas complexidades, expectativas, histórias e singularidade.” In Diário de Bordo – Nº1, pag.1, (apêndice 4).

Integrei três grupos terapêuticos distintos, dois deles contavam com um terapeuta e um deles com um casal terapêutico. Fui conhecendo os jovens que os constituíam, sendo que aqui o desenvolvimento de uma relação terapêutica é mais moroso pois apenas estávamos juntos uma vez por semana durante duas horas. A intervenção também aqui carece de um cuidado diferente, não sendo tão intensa e constante quanto em meio hospitalar alonga-se no tempo e alguns destes jovens já se encontravam em terapia há cerca de dois anos. A cada dia de estágio foi realizada uma reflexão escrita acerca do meu mundo interno em contacto com aqueles outros mundos, denominei-o como Diário de Bordo, o mesmo foi dividido em três capítulos consoante a fase do estágio me encontrava; Estabelecer da Relação Terapêutica (I), as intervenções (II) e a preparação para o término do contrato terapêutico (III) (apêndice 4). Estes diários foram de suma importância para potenciar o crescimento pessoal e profissional que fui sentindo. Tive oportunidade

Comentário [a12]: Lá atrás tenho que referi que vou promover a resiliência constituído por....

Comentário [is13]: Confirmar se a referência é a itálico e se a fonte é assim que se faz

de assistir semanalmente à reunião de técnicos durante a qual se discutiam os percursos de todos os jovens perante uma lente bifocal e multissistémica. Pude ainda realizar visitas às escolas de alguns dos jovens no sentido da intervenção juntos dos delegados de turma. No entanto foi a possibilidade de intervir diretamente com os utentes, principalmente no planeamento e implementação das intervenções um dos maiores desafios deste percurso.

3.2.2 – As intervenções de grupo

As intervenções de grupo têm suporte na literatura de evidências dos benefícios das mesmas. Yalon (2005) afirma que a necessidade de pertença é uma máxima do ser humano e da sua característica enquanto ser social, na adolescência porém, o grupo de pares assume um enorme significado no desenvolvimento identitário dos jovens, este tipo de intervenção de grupo tem o potencial de fortalecer a coesão grupal, assim como os processos adaptativos, de socialização e promoção da autoconfiança, uma vez que o jovem interage compartilhando narrativas, identificando semelhanças nos problemas vivenciados e ajudando os demais a procurar novas perspetivas para velhos problemas. Integrando a própria dinâmica do serviço e após discussão com os enfermeiros orientadores, desenvolveram-se as seguintes intervenções.

Plano de intervenção - Promoção da resiliência

Ainda que remeta para apêndice (apêndice 9) todos procedimentos anexos ao planeamento e implementação das sessões deixo aqui uma descrição sucinta de cada sessão levada a cabo, para de alguma forma espelhar um pouco as interações e os registos, alguns riquíssimos, que surgiram. Esta exposição está concretamente dividida nos três grupos diferentes que foram sujeitos às intervenções, sendo que abordo as três sessões planeadas em cada um deles de forma genérica.

Comentário [PM14]: Confirmar nº

Grupo I

- **Sessão 1** - “Movimento-me logo existo” - Expressão de sentimentos e emoções através do mediador movimento.
- **Sessão 2** - “Eu e o outro” - Comunicar através do corpo, potenciar o autoconhecimento.
- **Sessão 3** - “Desenhando sensações” - Promover a criatividade e a expressão não-verbal.

Implementação das Sessões

Este é um grupo constituído por jovens que na sua maioria já está em processo terapêutico há mais de um ano. O movimento não é um mediador muito utilizado nas sessões de grupo desta unidade por uma questão logística, contudo segundo a literatura quer o movimento quer a música, assim como a própria interação com os pares podem ser fontes de bem-estar e catarse. Estes têm ainda o potencial de treinar competências sociais, e incrementar a coesão de grupo e de facilitar a orientação para o “aqui e agora” (Tord & Brauninger 2015). Foi nesta perspetiva que planeei estas intervenções nas quais se utilizaram o movimento, a música e a pintura, contudo senti uma resistência à mudança e à perda de um lugar-abrigo das cadeiras à volta de uma mesa.

A resistência e alguma indisponibilidade latente por parte dos jovens foi combatida com o estabelecer de um ambiente de confiança, no qual se entendesse que não haveria lugar para julgamento, sendo que essa foi uma estratégia constante em todas as intervenções que desenvolvi durante os estágios.

(...) explico a intervenção e sinto alguma desconfiança inicial, peço para exprimirem através do desenho as emoções que cada música os vai fazendo sentir. Gustavo (n.f.) verbaliza que não é bom a desenhar, assim como Rita (n.f.), reforço que não tem carácter artístico ou de avaliação (...) Mantêm-se em silêncio com os papéis em branco à sua frente, as tintas, as canetas e os lápis...estáticos, sérios, introspectivos. "in Diário de Bordo, nº 28.

No decorrer das primeiras e segundas sessões de movimento o grupo aderiu e após o aquecimento inicial houve momentos nos quais pareceram efetivamente descontraír. Os exercícios de sociometria durante os quais os elementos se colocavam em perspetiva perante si e perante o grupo forma de extrema importância para uma comunicação mais franca que permitiu aceder a emoções e sentimentos habitualmente balizados por outros mecanismos de defesa. Rita (n.f.) afirma acerca do tema confiança “.... *Eu tenho alguns problemas em confiar nas pessoas porque na verdade.... Nem em mim confio muito*”. Estas duas primeiras sessões permitiram expressão não-verbal e física do mundo interno de cada um assim como promoveu a interação dos elementos enquanto grupo.

Pedro (n.f) que sempre apresentou comportamento mais disruptivo em todas as sessões de grupo, após alguma resistência habitual conseguiu interagir com o grupo de forma adequada, sendo que acabou por revelar alguns sentimentos e desejos

Comentário [PM15]: Inserir bibliografia do trabalho de

afastando-se do registo habitual. Revela, pois, a sua necessidade de limites e de autoridade,” ...o meu plano é ir para França estudar...lá vou ter alguém que me obrigue a fazer as coisas”. Contudo na terceira e última sessão encerra-se novamente sobre si e adota posturas de fuga e não adere à atividade. Os restantes elementos na terceira sessão aderem à atividade com menor ou maior nível de entrega. Rodrigo (n.f) adere com alto nível de entrega, “...fui ouvindo...deixei-me levar...correu melhor com os estilos de música de que gosto.”

Resultados e análise das sessões

Segundo a avaliação realizada e análise individualizada, (apêndice 10), existiram pequenas oscilações a nível dos indicadores dos resultados NOC. O U2 e U5 não estiveram presentes na segunda sessão. Ainda que o número de sessões implementadas seja insuficiente para se verificar melhoria significativa nos indicadores em questão. Infere-se, sustentando o que afirma a literatura que trabalhando estes indicadores NOC estaremos também a trabalhar para a promoção da resiliência. O movimento funcionou muito bem enquanto mediador neste grupo e foi um aliado importante na intervenção.

	U1			U2			U3			U4			U5							
Grupo 1	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	Min	Máx	Méd	Soma	D.Pad
Autoestima	17	24	26	18	0	18	21	18	19	23	23	27	18	0	21	17	27	18	273	8,011
Habilidades de Interação Social	10	10	13	10	0	8	7	6	5	6	9	11	11	0	11	5	13	8	117	3,877
Autoconceito	14	18	18	14	0	12	12	10	10	15	16	17	15	0	14	10	18	12	185	5,589
Imagem Corporal	5	5	5	5	0	4	3	4	4	8	7	6	3	0	4	3	8	4	63	2,178
Autocontrolo do Impulso	14	18	17	16	0	18	15	15	14	17	20	20	18	0	18	14	20	15	220	6,241
Resiliência Pessoal	7	0	12	13	0	12	9	15	11	12	14	12	13	0	13	7	15	10	143	5,290

Figura 4 - Tabela dos resultados NOC para as intervenções com o grupo I.

Grupo II

- **Sessão 1** - “Movimento-me logo existo” - Expressão de sentimentos e emoções através do mediador movimento.
- **Sessão 2** – “Se fosse...seria...” – Exercício de autoconhecimento /autoconceito com recurso a fotografias.

- **Sessão 3** – Se fosse...seria...” – Exercício de autoconhecimento /autoconceito com recurso a fotografias.

Implementação das Sessões

O grupo II foi o mais desafiante dos três. A primeira sessão que implementei foi a primeira de todas que tive oportunidade de implementar nesta unidade. O movimento enquanto mediador não contou com a adesão de todos os elementos. Madalena (n.f), boicotou a intervenção em diversos momentos, não só não aderiu ao que foi proposto como se retirou de forma simbólica, deambulando pela sala, não adequando o comportamento aquando da intervenção dos técnicos. Houve então necessidade de me focar nos elementos que estavam a aderir à sessão e confiar nas mensagens não-verbais que me estavam a chegar quer das restantes jovens como dos técnicos. Ao ingressarmos na discussão da sessão foi necessário abordar o que se estava a passar. **Madalena (n.f) (X1)** afirmou que o desconforto da sessão se deveu ao toque casual durante a sessão; “...*não lido bem com o toque, lembrei-me de um episódio onde alguém que amo me bateu..., mas não quero falar acerca disso, já desculpei a minha mãe...os meus pais são os meus melhores amigos.*” Esta intervenção teria muito para clarificar e explorar, o enfermeiro Tutor da jovem não hesitou em fazê-lo à posterior em sessão individual. A minha inexperiência pode também ter contribuído para o desfecho, mas contei com a valiosa colaboração dos meus enfermeiros orientadores e com os restantes elementos do grupo para retirar a melhor lição possível.

Conforme analisado o mediador movimento foi retirado das próximas duas sessões deste grupo e devolvi-lhes a palavra para que se exprimissem sem constrangimentos desta ordem. Assim optou-se por utilização de fotografias e metáforas para exercícios de autoapresentação. Desta forma eram apresentadas um conjunto de imagens que as jovens escolhiam conforme o que lhes era pedido, no final justificavam a sua escolha. Foi solicitado que pensassem em si de várias formas, o que seriam se assumissem a forma de um animal, um país, um objeto, um estilo de música, uma divisão da casa, entre outros. Estas duas últimas sessões decorreram sem grandes sobressaltos, com adesão total de todas as concorrentes, não querendo isto dizer que se tornou mais fácil per si. “*Têm em si tantas máscaras que a parafernália de comportamentos e formas de expressão confunde o que realmente se passa dentro delas. Fogem das mais variadas formas e colocam à*

Comentário [is16]: Procurar material acerca das emoções - livro do coleman

prova os técnicos a cada intervenção.” in diário de bordo, cap.III, episódio 7, pág.1(apêndice 4).

Comentário [is17]: Acrescentar apêndice

Resultados e análise das sessões

De uma forma geral foi benéfica a mudança de mediador, com uma maior entrega das participantes num mediador que mobiliza essencialmente a linguagem verbal como meio de expressão e lhes devolveu de alguma forma a zona de conforto anteriormente retirada do setting. Os indicadores de todos os resultados NOC subiram ligeiramente no decorrer das sessões, sendo que o indicador- imagem corporal foi aquele que terá sofrido menos alterações.

	X1			X2			X3			X4			X5							
Grupo 2	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	Min	Máx	Méd	Soma	D.Pad
Autoestima	12	21	21	21	25	25	16	24	27	28	28	28	12	12	13	12	28	21	313	6,300
Habilidades de Interação Social	4	2	9	8	11	12	4	10	10	14	14	14	8	7	6	2	14	9	133	3,815
Autoconceito	8	13	15	14	19	17	10	16	16	19	19	20	12	12	13	8	20	15	223	3,583
Imagem Corporal	5	6	6	4	6	6	4	6	6	5	6	7	4	4	6	4	7	5	81	0,986
Autocontrolo do Impulso	11	18	18	17	15	20	12	20	20	18	21	19	15	17	13	11	21	17	254	3,105
Resiliência Pessoal	7	8	10	8	0	11	12	12	14	15	15	16	12	0	12	7	16	10	152	4,897

Figura 5 – Tabela dos resultados NOC para as intervenções com o grupo II

Grupo III

- **Sessão 1** - “Movimento-me logo existo” - Expressão de sentimentos e emoções através do mediador movimento.
- **Sessão 2** - “Eu e o outro “- Comunicar através do corpo, potenciar o autoconhecimento através dos mediadores movimento e desenho.
- **Sessão 3** – “Desenhando sensações” – Promover a criatividade e a expressão não-verbal.

Implementação das Sessões

O grupo III foi aquele no qual os participantes mais se entregaram às atividades propostas, quer pelas próprias características individuais ou de grupo, quer por ser um meio de expressão que agradava à maioria, o movimento decorreu superando as expectativas, adotei períodos de aquecimento maiores para permitir uma maior familiarização das jovens em relação à intervenção. O feedback foi muito positivo,

utilizaram expressões como: “soube bem” ou “devíamos fazer isto mais vezes” para demonstrar o seu agrado. As técnicas de sociometria foram de extrema importância para colocar sob perspectiva as suas próprias lutas.

Na segunda sessão aquando de um exercício do género eu peço-lhes para se disporem na sala conforme o seu estado de espírito naquele dia. Ana (n.f.) (Y4) posiciona-se como muito infeliz, assegura que não é só nesse dia, é na própria vida. Tento que se posicione no passado e no presente para que possa observar o seu caminho, mas está fixada a este papel, afirma não acreditar que evoluiu. Opto por mudar o foco para o futuro, como se vê no futuro; **Ana** “...devo morrer cedo...”, **eu**; “esse sentimento, essa crença vem de onde?”; **Ana** “... vem de mim, não tenho projetos nem sonhos...o que ando aqui a fazer?”. Até aqui o grupo ia cumprindo a sua função de mediador, as restantes jovens incentivavam Ana a mudar de lente e devolveram-lhe aquilo que dela conheciam, como estava há cerca de um ano e como estava agora, segundo as jovens parecia-lhes muito mais motivada. Ana foi ouvindo e aparentemente foi deixando ressoar dentro de si. Pareceu-me que se apaziguou um pouco. Parei a sessão e mudei subitamente de estratégia. Não poderíamos deixar cair estes sentires.

Mudamos de mediador, agora foi através da pintura que pedi que projetassem os sonhos e projetos que gostavam de empreender. Foi com surpresa que observei Ana a pegar no pincel e rapidamente rabiscar alguns sonhos e desejos que tem por cumprir. Tivemos oportunidade de utilizar a pintura e a música nas três sessões implementadas, o que enriqueceu mais a expressividade e as partilhas.

Resultados e análise das sessões

Este grupo acabou por se resumir a quatro elementos durante as sessões sendo que um quinto elemento faltou a todas as sessões planeadas. Estas jovens são acompanhadas há cerca de dois anos em média, sendo que dois dos elementos têm alta planeada. Assim, mesmo com quatro elementos obtiveram valores iniciais e finais superiores aos outros grupos em todos os indicadores. Este foi também um grupo mais equilibrado e no qual os seus elementos cumpriram mais uma função terapêutica para com os demais.

Comentário [is18]: Grupo terapêutico enquanto mediador, procurar bibliografia

Comentário [is19]: Inserir bibliografia acerca da pintura com pincel e tinta de guache

Comentário [is20]: Posso ou não contabilizar as ausências? O Y5 neste caso

	Y1			Y2			Y3			Y4			Y5							
Grupo 3	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	Min	Máx	Méd	Soma	D.Pad
Autoestima	22	24	25	20	20	21	28	28	28	22	14	20	0	0	0	14	28	18	272	10,091
Habilidades de Interação Social	10	11	11	11	11	11	12	11	13	11	6	12	0	0	0	6	13	9	130	4,731
Autoconceito	14	16	15	15	15	15	20	20	20	15	12	15	0	0	0	12	20	13	192	7,012
Imagem Corporal	5	6	7	7	7	7	8	8	8	4	4	5	0	0	0	4	8	5	76	2,939
Autocontrolo do Impulso	14	16	16	17	17	18	18	18	18	17	14	18	0	0	0	14	18	13	201	7,059
Resiliência Pessoal	10	12	13	11	13	12	15	15	17	11	12	13	0	0	0	10	17	10	154	5,599

Figura .6 – Tabela

a dos resultados NOC para as intervenções com o grupo III.

Todos os grupos sem exceção me ensinaram imenso, foi na co-terapia com estes jovens que fui adaptando, construindo uma identidade e uma forma de estar em relação nestes contextos, “... *entendo agora verdadeiramente, que um grupo é uma entidade com identidade própria, permeável às oscilações de cada elemento, e que cada elemento vai construindo um espaço e papel, consigo agora entender olhar este tubo de ensaio social e ver as suas potencialidades assim como as dificuldades inerentes às intervenções, aceitar que é normal quando agitamos algo levantaremos sempre um pouco de pó*”. (Diário de bordo 22, capítulo III, episódio 3 pág.1, apêndice 4).

IV. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

4.1. Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

O desenvolvimento e a aquisição das competências do EEESMP foram o grande objetivo pelo qual ingressei nesta formação e me propus a este percurso, efetivamente este processo teve o seu início desde os primeiros dias do curso em si. Pretende-se assim que este relatório seja um digno e justo relato desta jornada e das aprendizagens que levei a cabo. A minha área de intervenção e atuação é saúde infantil, mais propriamente o Serviço de Urgência Pediátrica. Desta forma pretendi e foi-me dada a oportunidade de enveredar pela psiquiatria da infância e da adolescência, indo ao encontro das minhas necessidades intrínsecas enquanto profissional que cuida de crianças e jovens que por vezes também estão em sofrimento mental.

Comentário [is21]: Bibliografia?

Experiência é mais do que uma referência ao tempo, mas sim uma constante confrontação entre as teorias e as situações reais que as vão acrescentando (Benner, 2001). Ainda Benner (2001) faz uma referência ao modelo de Dreyfus na aquisição e desenvolvimento de competências aplicadas à enfermagem, este último afirma que é o domínio da uma determinada atividade que promove o desenvolvimento de competências. A minha experiência de 15 anos *per si* não me tornou uma enfermeira perita, foi antes a minha constante curiosidade, persistência e dedicação aos vários tipos de Saberes. Foi à procura desse domínio no cuidar mental das crianças e jovens que desenvolvi os estágios em questão.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros em 2018, o EEESMP deve encetar em si uma série de saberes e aptidões para poder afirmar ter atingindo determinadas competências específicas, nomeadamente as quatro que irei expor e fundamentar de seguida;

4.1.1 – Primeira Competência;

Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional - A tomada de consciência de mim é um processo em *continuum* desde há já muitos anos. Catalisado e promovido durante o percurso académico deste mestrado, nomeadamente nas disciplinas específicas da

saúde mental, nas quais fui constantemente colocada em relação comigo própria, com as minhas emoções, sentimentos e com o Outro.

Mas foi efetivamente no decorrer dos estágios que tive oportunidade de desenvolver esta competência com a inevitável implicação da esfera profissional.

(...) entro no vestiário e sinto dificuldade em “pendurar num cabide” a enfermeira que sou no meu contexto atual de trabalho e vestir uma farda nova e imaculada sem vícios nem vincos, porque o Eu Enfermeira está demasiado imiscuído com o meu Eu Pessoa. Fundem-se, emaranham-se, progridem e por vezes rebatem-se os dois. Para que possa prestar cuidados de elevada qualidade tenho de entender estes Eu`s em mim, conhecê-los identificá-los e mediá-los numa dança constante entre mim e o outro. (in Jornal de aprendizagem 1, pag.1, apêndice 2).

Esta tomada de consciência de mim e do meu mundo interior é condição *sine qua non* para uma intervenção que se pretende de qualidade. Urge saber o que coloco de mim na intervenção, o que é meu, o que é do outro e que é co-construído no “aqui e agora”. Este é um exercício vital com o qual me enfrentei a cada momento, e que trabalhei a cada dia através da orientação dos enfermeiros peritos com quem partilhei a jornada, muni-me ainda de cogitações e leituras e da construção de trabalhos académicos reflexivos. Durante o contexto hospitalar construí dois jornais de aprendizagem (apêndice 2) em relação ao contexto comunitário foi-me solicitada uma reflexão a cada dia de grupo terapêutico, desta forma construí o meu diário de bordo no qual fui anotando, exprimindo e exorcizando os meus sentires durante as sessões. *“Em determinado momento senti-me assoberbada de sensações, sentimentos, essencialmente medos e precisei de encontrar uma estratégia norteadora, de parar, de sentir e atribuir significado ao que estava a acontecer.” (in jornal de aprendizagem 2, pag2).*

O percurso não foi linear nem suave, foi uma revisitação constante ao meu passado, presente e projeção de futuro nos meus múltiplos papéis. Foi um exercício transformador e transmutador que me impeliu a acolher-me, a aceitar-me e a conhecer-me por vezes através do outro. *“... É como se o terapeuta de quão em vez também tenha de experimentar máscaras variadas, encarnar personagens... o vestir novas personagens também faz parte da nossa humanidade (...) Afinal aquilo que me irrita na V. é também aquilo que não gosto em mim.” (in diário de bordo, capítulo III- episódio 7, pág. 1, apêndice 4)*

Goleman (2000), preconiza que a compreensão das nossas próprias emoções permite-nos compreender melhor as emoções do Outro, como se desta forma

exercitássemos a nossa empatia. Fui desenvolvendo esta prática e atualmente esta está muito mais presente na minha vida, extravasou a esfera profissional e entranhou-se em mim como uma nova forma de saber estar.

4.1.2 – Segunda Competência

Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental. Como forma de adquirir esta competência foi necessário investir numa sistematização de pensamento e planeamento de cuidados com a tónica predominante na Saúde Mental. Foi imprescindível treino na avaliação do estado mental e munir-me de guiões de entrevista e de observação (apêndice 5), para avaliar o cliente de forma fidedigna e abrangente. Ainda que ambos os campos de estágio estivessem direcionados para a psiquiatria da infância e adolescência pude ainda intervir junto das famílias, como mediadora da relação durante as visitas.

Foi assim necessário mobilizar e adquirir conhecimentos relativos ao adoecer mental e à psicopatologia da infância e adolescência. Tive oportunidade de assistir a uma formação interna no contexto hospitalar relativa às patologias do comportamento alimentar o que beneficiou grandemente o meu entendimento da patologia que afetava a maioria das utentes daquela unidade. Pude ainda realizar formação do projeto +contigo como forma de desenvolver os meus conhecimentos na promoção da saúde mental a nível comunitário e escolas. A implementação do próprio projeto de estágio estava implícita a intenção do reforço das defesas e bem-estar do cliente através da promoção da resiliência.

4.1.3 – Terceira Competência

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. A minha contribuição para a recuperação da saúde mental dos clientes com os quais me cruzei neste percurso consistiu em identificar as necessidades através dos diagnósticos de enfermagem, planeando à posteriori as intervenções que são implementadas. O levantamento da necessidade aconteceu mediante as entrevistas que foram realizadas e o que se indagou juntos dos utentes sob a orientação da equipa multidisciplinar, nomeadamente junto dos enfermeiros de referência/tutor, desta forma os objetivos eram comuns e os esforços unidos para os alcançar. Foi possível traçar planos de cuidados individualizados, nomeadamente no

estudo de caso que desenvolvi durante o estágio do contexto hospitalar. Pude segundo a nomenclatura NANDA planejar as intervenções NIC mediante os indicadores de resultado NOC que propus em co-construção com a paciente identificada mediante negociação. A intervenção foi alargada ao cuidador principal consoante a possibilidade que a organização do serviço e dinâmica familiar me permitiram. Eu, enquanto instrumento terapêutico propus-me a ser parceira nas equipas e nos grupos terapêuticos, trabalhando em conjunto no sentido da literacia e do bem-estar.

4.1.4 – Quarta Competência

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. – A própria implementação do projeto de estágio per si foi indutora do desenvolvimento desta quarta competência. Foram implementadas intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas que permitem fomentar o autoconhecimento e o olhar os problemas mediante outra lente. As construções de novas dialéticas dos jovens com as suas problemáticas decorreram com recurso a vários mediadores expressivos, e sempre no sentido do fortalecimento das suas defesas internas. Foram desenvolvidas competências de intervenções quer individuais quer de grupo, sendo que ambas têm complexidades e dinâmicas muito específicas, recorri à ajuda externa dos profissionais com quem partilhei os settings, a pesquisa teórica em livros técnicos e literatura cinzenta e em horas de reflexão. A resiliência foi um tema em si bem recebido nos campos de estágios sendo dissecado e apresentado junto dos jovens com outra apresentação e nomenclatura.

V – PERSPETIVAS ÉTICAS E LIMITAÇÕES AO ESTUDO

É impreterível na implementação de um projeto acadêmico no âmbito da saúde ser fiel aos princípios éticos que sustentam os cuidados de enfermagem, em todos os passos do caminho se ponderou o princípio da beneficência. Desta forma o projeto foi apresentado e discutido nos contextos nos quais foi implementado, sendo que a cada intervenção foi explicado aos clientes que iria ser respeitada a sua privacidade, mantendo a confidencialidade dos dados, a veracidade dos mesmos.

Todas as partilhas realizadas aconteceram num ambiente de confiança e de forma livre e espontânea. Os nomes foram alterados e as produções não foram identificadas, alguns elementos identificativos foram omitidos.

Como limitação principal ao estudo aponto o fator tempo. A promoção da resiliência como processo beneficia de uma intervenção a longo prazo. Senti dificuldade na implementação das intervenções de grupo no contexto de internamento por se verificar alguma oscilação, por vezes imprevista nos jovens que integravam a atividade. Relativamente ao contexto comunitário o estabelecer da relação demorou mais tempo do que previra pelo que quando se iniciou o programa de sessões o tempo já foi escasso para que as intervenções se estendessem por mais sessões.

VI – CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio surge como resposta à necessidade avaliativa da unidade curricular em questão e pretende refletir o meu percurso no decorrer desta formação académica, com natural incidência do trabalho desenvolvido no estágio o qual norteou a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMP. O projeto desenvolvido e implementado obedeceu a uma estrutura e metodologia de projeto investigação ação e pretendeu promover também um cuidar mental de elevada qualidade. Colocando-se a seguinte questão de partida – “que intervenções pode o EEESMP levar a cabo como forma de promover a resiliência nos adolescentes com perturbação da saúde mental?” Colocou-se em prática todo um planeamento de intervenções efetivas que contribuíssem para ganhos em Saúde Mental.

Após a implementação das sessões considero que a utilização de mediadores expressivos não só é facilitadora como praticamente vital na intervenção com adolescentes. Seja pela dificuldade que muitos têm em aceder a si próprios, seja pelo fosso geracional que nos separa, os mediadores tendencialmente facilitam a comunicação e a expressividade, contribuindo para um aumento do insight e da atribuição de novos significados às suas próprias problemáticas.

Relativamente aos objetivos delineados considero que foram atingidos no sentido em que as intervenções levadas a cabo tiveram a intenção de promover a resiliência junto dos jovens com os quais contactei. Ainda que os resultados pudessem ser mais evidentes se as sessões se tivessem prolongado um pouco mais no tempo o objetivo foi cumprido.

O foco nas linhas de defesa passou por apostar no desenvolvimento do autoconceito, autoestima, nas habilidades de interação social, controlo do impulso e imagem corporal. Os clientes destas unidades de saúde tinham diagnósticos variados de psicopatologia e/ou alterações comportamentais, no entanto admito que a abordagem destes indicadores NOC foi positiva, verificando-se este contributo nos resultados obtidos. As atividades tiveram o suporte da evidência científica e o contributo de uma prática reflexiva. Em plena crise pandémica o tema resiliência foi exponencialmente referido e enquadrado nas mais diversas disciplinas, nomeadamente na política e económica, mas também com grande ênfase na Saúde Mental. Esta janela de oportunidade saída das piores crises sanitárias destes últimos anos pode efetivamente potenciar o interesse numa área muito desinvestida a nível

de ações políticas efetivas nos últimos anos. – A saúde mental da Infância e Adolescência.

Num futuro próximo perspetivamos dar continuidade a este projeto e a esta vontade de um melhor cuidar mental na infância e adolescência no nosso contexto de trabalho atual. Já se encontra em curso um levantamento de necessidades em termos de recorrência de utentes pediátricos em sofrimento mental. Concomitantemente está em construção uma norma de abordagem multidisciplinar da criança e jovem com sofrimento mental, a qual abordará questões como posturas e linguagem dos técnicos, psicofármacos e encaminhamentos. Esta apresentação da norma contará a curto médio prazo com um ciclo formativo no âmbito da formação em serviço para os profissionais que prestam cuidados nesta unidade.

Pretende-se ainda a medio prazo a realização de contributos de comunicação sobre a temática que possam ser distribuídos na sala de espera e que desempenhem função de educação para saúde. As atuais estruturas de apoio de psiquiatria da infância e adolescência deste centro hospitalar são ainda parcas e as necessidades de saúde multiplicam-se. A médio - longo prazo pretende-se a criação de estruturas de apoio mediante interligação com outras unidades ou pela criação de um hospital de dia de pedopsiquiatria. Este último implicaria acreditar que por vezes os sonhos se materializam e que quando trabalhamos com motivação, empenho e rigor podemos fazer a diferença, mudando o mundo, um passo de cada vez.

Referências

- Ackley, B. J., Ladwig, G. B., & Makic, M. B. (2019). *Nursing Diagnosis Handbook : An Evidence-Based Guide to Planning Care*. . St.Louis, Missouri: Elsevier.
- Alarcão, M., & Sotero, L. (2020, Julho). Resiliência. *PAavras para lá da pandemia cem lados de uma crise*, p. 93.
- Albuquerque, & Frias. (2019). Espreitar a resiliência estrutural. *Omnia*.
- Albuquerque, A. M. (2014, Outubro). Á luz da resiliência: o riso e a perda na educação para a saúde. *Omnia - Revista Interdisciplinar de ciências e artes*, pp. 23-29.
- Albuquerque, S., Pereira, M., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2015). Resiliência, stress parental e sobrecarga de pais de crianças com diagnóstico de anomalia congénita. *Psychologia*, pp. DOI: https://doi.org/10.14195/1647-8606_58-2_1.
- Amaral-Bastos, M. (2013). O COnceito de resiliência Na Perspetiva de Enfermagem. *Revista Iberoamericana de educación e investigación en enfermería*, pp. 61-70.
- American Psychiatric Association. (2011). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. Washinton, DC.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM -5*. Washinton, DC: American Psychiatric Publishing.
- Anaut, M. (2005). *A Resiliência : Ultrapassar os traumatismos. 1ª Edição*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anderson, A. N., Kennedy, H., Dewitt, P., Anderson, E., & Wamboldt, M. Z. (2014, Abril). Dance/movement therapy impacts mood states of adolescents in a psychiatric hospital” . *The arts en psychotherapy*, pp. 257-262.
- Antunes, R. J. (2016). *Promoção da Adesão Terapêutica na pessoa com Doença Mental*. Lisboa: ESEL.
- Assis, S. G., Pesce, R. P., & Avanci, J. Q. (2006). *Resiliência : Enfatizando a proteção dos adolescentes*. São Paulo: Artmed.
- B.Moshini, L. (2005). *Drawing the Line: Art therapy with difficult client*. New Jersey: Wiley.
- Benner, P. (2001). *De iniciada a perita*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Botas, A. C. (2011). *PROMOVER A RESILIÊNCIA NA CRIANÇA/FAMÍLIA: Um Percorso de Desenvolvimento de Competências*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Caldas de Almeida, J. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Capinha, C. (2019). ENCAIXES EM TERAPIA: METÁFORAS E PROCESSOS DE CONSTRUÇÃO PESSOAL COM A EXPRESSÃO CRIATIVA EM BLOCOS DE LEGO. *Revista Portuguesa de Arte-Terapia – Arte Viva*, nº 9, pp. 26-44.
- Chalifour, J. (2002). *A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda (volume 1)*. Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica :Estratégias de Intervenção (volume 2)*. Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica - Estratégias de intervenção*. Loures: Lusodidacta.
- Coqueiro, N. F., Vieira, F. R., & Freitas, M. M. (2010). Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, pp. 859-862.
- Correia, S. A. (2018). *Resiliência em profissionais de saúde*. Coimbra: Escola Superior de Tecnologia da Saúde.
- Coutinho, C., Sousa, A., Dias, A., Ferreira, F. B., & Vieira, S. (2009). Investigação-acção : metodologia preferencial nas praticas educativas. *Psicologia, educação e Cultura*, pp. 335 -377.
- Cyrułnik, B. (2003). *Resiliência: Essa Inaudita Capacidade de Construção Humana*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Cyrułnik, B. (2009). *Resilience*. London: Pinguin books.
- DGS. (2017). *Plano Nacional Para a Saúde Mental*.
- DGS. (2018). *Rede de referência Hospitalar - Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lisboa.
- Diário da República Eletrónico. (n.d.). 1.^a série — N.º 47 — 6 de Março de 2008. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/ResolucaoConselhoMinistros_49_2008.pdf

- Direcção geral de Saúde. (2012). *Saúde Infantil e Juvenil.- Proihgrama Nacional*. Lisboa.
- Enfermeiros, O. d. (2005). Código Deontológico dos Enfermeiros.
- Galdeano LE, R. L. (2003, maio-junho). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista latino-americana de enfermagem*, pp. 371-375.
- Goldschmidt, T., Marques, C., & Xavier, M. (2018). *Rede de Referenciação Hospitalar Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Republica Portuguesa - saúde.
- Goleman, D. (2000). *Trabalhar com a inteligência emocional* (2 ed.). Lisboa: Temas e Debates.
- Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., . . . Ward, W. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for treating eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, pp. 1-62.
- Johnson, M., bulechek, G., Butcher, H., Docheterman, J. M., Maas, M., Morrhead, S., & Swanson, I. (2010). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC*. Porto Alegre: ARTMED.
- Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L., & Lyons, R. (2013). *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs*. Adelaide: the University of Adelaide.
- LE, G., LA, R., & MMF, Z. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um Estudo de Caso Clinico. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, pp. 371-375.
- Machado, A. P. (n.d.). *Resiliência e Promoção de Saúde: Uma relação possível*. Retrieved from . <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0516.pdf>
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Mariano, C. (2007). Holistic nursing: scope and standards of pratice (chapter 2). *Jones and Barteltt Publishers*, 59-84. Retrieved from http://samples.jbpub.com/9781449651756/45632_CH02_Pass1.pdf
- Martins, M. E. (2013). *INVESTIGAÇÃO-ACÇÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA EM LÍNGUA PORTUGUESA*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

- Matos, A. C. (2002). *Adolescência*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Meleis, A. I. (2015). Transitions Theory. In M. Smith, & M. Parker, *Nursing Theories and Nursing Practice* (pp. 361 - 380). Philadelphia: F.A Davis Company.
- NANDA Internacional: *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA- Definições e classificação 2009-2011*. (2010). Porto Alegre: ARTMED.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model 5ªed*. USA: Pearson.
- Nunes, E. (2017, Dezembro). A organização da resiliência familiar frente ao risco de morte no contexto hospitalar. *Revista de enfermagem*, pp. 4961-9.
- Nunes, L., Ruivo, M. A., & Ferrito, C. (2010, janeiro). Metodologia de projecto; Colectânea descritiva das etapas. *Revista Percursos*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018, Agosto 07). Diário da República.º 151/2018, Série II. *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (7 de agosto de 2018). *Regulamento n.º 515/2018: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica*. Diário da República, 2ª série - nº151: 21427-21430.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*. Genebra: WHO.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). *O mundo da criança*. Lisboa: MacGraw-Hill.
- Poletto, & Koller. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, factores de risco e de protecção. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300009>
- Price, J. S. (2009). *Creative Healing: An Expressive Art Therapy Curriculum Designed to Decrease the Symptoms of Depression and Anxiety*. USA.
- Ralha, S. . (2014). Que caminhos para a resiliência? Dos equívocos e controvérsias às promessas ainda por cumprir. *Omnia - Resiliência*.
- Sampaio, D. (2008). *Vivemos livres numa prisão*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Santana, & Souza, S. e. (2020, Outubro). Ações para o fortalecimento da resiliência em adolescentes. *Ciência & Saúde Colectiva*, pp. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.22312018>.

- Santos, J. (coord). (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*. Ordem do Enfermeiros.
- Santos, R. d., & Barreto, A. C. (2014). Capacidade de resiliência em adolescentes: o olhar da enfermagem. *Revista Enfermagem*, pp. 359-364.
- Sharp, S. &. (2002). Cinematherapy: Metaphorically promoting therapeutic change. *Counseling Psychology*, p. <https://doi.org/10.1080/09515070210140221>.
- Tord, P. d., & Brauninger. (2015). Grounding: Theoretical application and practice in dance movement therapy. *The Arts in Psychotherapy*.
- Ulman, E. (2001). Art Therapy: problems of definition. *American journal of Art Therapy*, 40, 16-26.
- Umberger, W. A., & Risko, J. (2016). It Didn't kill me. It just make me stronger and wiser: Silver Linings for Children and Adolescents of Parents with Chronic Pain. *Archives of Psychiatric Nursing*, pp. 138-143.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação - O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Silabo.
- werner, E., & Smith, R. (1992). *Overcoming the odds*. New York: Cornell University.
- WHO. (2015). *Global Strategy on People-centred and integratde health services interim report*.
- Yager, J., Devlin, M. J., HAlmi, K. A., Herzog, D. B., III, J. E., Powers, P., & Zerbe, K. J. (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients whith eating disorders. *APA*, pp. 1-89.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Cronograma de Atividades

			2019										2020							
Atividade	Início	Término	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril				
Projeto "Promoção da Resiliência"	Mar-19	Abr-20																		
Pesquisa Bibliográfica	Mar-19	Abr-20																		
Reunião Tutorial	Mar-19	Abr-20																		
Entrega do Pré-Projeto	Mai-19	Mai-19																		
Entrega do Projeto	Jul-19	Jul-19																		
Estágio Pedopsiquiatria	Set-19	Nov-19																		
Estágio Hospital de Dia	Nov-19	Fev-19																		
Entrega de Relatório de Estágio		Abr-20																		

APÊNDICE 2 – JORNAL DE APRENDIZAGEM

I

ESEL – 10º Curso Mestrado em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

NOME DO JORNAL

N.º, dd de Mês, AAAA



“O todo é maior do que a soma das suas partes”

(Imagem 1 – Auto-produção relativa à primeira semana)

O processo de crescimento Pessoal e Profissional de uma enfermeira em Estágio no serviço de Pedopsiquiatria.

De Regresso a uma realidade que do ponto de vista cénico já não me é indiferente, encontro

Entro no vestiário e sinto dificuldade em “pendurar num cabide” a enfermeira que sou no meu contexto atual de trabalho e

É este um dos objetivos de presente estágio, e é ainda o objetivo último do presente jornal, ir ao encontro do preconizado como uma das

agora outras personagens,
outras dinâmicas e trago em
mim diferentes objetivos e
ferramentas desde a minha
última incursão ao serviço.

vestir uma farda nova e imaculada sem
vícios nem vincos, porque o Eu Enfermeira
está demasiado imiscuído com o meu Eu
Pessoa. Fundem-se, emaranham-se,
progridem e por vezes rebatem-se os dois.
Para que possa prestar cuidados de elevada
qualidade tenho de entender estes Eu`s em
mim, conhecê-los identificá-los e mediá-los
numa dança constante entre mim e o outro.

competências específicas do EEESMP, “Detém
um elevado conhecimento e consciência de si
enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de
vivências e processos de autoconhecimento,
desenvolvimento pessoal e profissional...”
(Diário da República n.º 151/2018, Série II de
2018-08-07, Pag.21427).

4.1.1. As Dinâmicas com o Outro

Numa passagem de turno extensa e abrangente vou compreendendo aquilo para onde direcionar o foco da minha atenção, mas são tantas histórias e vivências que é um exercício constante de concentração, os termos e as rotinas que não tenho em mim, a postura de enfermeira que depois de quinze anos é novamente aluna, o processar e o integrar esta nova

"Quando entro no refeitório entendo que o rácio enfermeiro utente também é sentido como aquém das necessidades do outro lado."



(Imagem 2 – Produção dos Jovens - autorização verbal dos próprios para reprodução)

Como me posiciono eu perante esta expressão de si que estes jovens apresentam, que cuidados lhes posso devolver. Maioritariamente observo em silêncio as intervenções dos técnicos e tento beber as práticas e as abordagens, analisando à posteriori aquelas que têm a ver comigo.

Uma intervenção para ser verdadeira tem de

realidade não é de todo fácil e demorará certamente algum tempo.

Entendo de súbito que os turnos estão muito exigentes pela conjugação de várias situações simultâneas de jovens com necessidade de ajuda total para todas as atividades de vida diária, assim como concomitantemente muitos jovens apresentam alto risco de comportamentos autolesivos, suicídio ou fuga, com necessidade de vigilância permanente por parte de um técnico.

Sinto como uma emergência diferente da hemodinâmica com que lido mais frequentemente, é como se houvesse a permanente latência de uma bomba-relógio, que se não afinada por um técnico pode implodir a qualquer momento. Com este sentimento surge o medo e a responsabilização dos meus atos e contactos, todas as ações e palavras

Quando entro no refeitório entendo que o rácio enfermeiro utente também é sentido como aquém das necessidades do outro lado da relação terapêutica através de uma reprodução que está na parede em que expressam isso mesmo.

Não sei se por isso o salto dado para o contacto é rápido e os jovens procuram-me amiúde para solicitar informações e pequenos pedidos como idas à casa de banho, mesmo sem me conhecerem. Respondo maioritariamente “não sei, vou ver”, “não tenho a certeza, vou perguntar”.

Incomoda-me esta falta de resposta da minha parte, eles olham-me, estou a ser observada, analisada assim como todas as palavras que lhes dirijo. M. num canto a pintar, olha-me de cada vez que me questionam acerca de algo, porque M. sabe religiosamente todas as rotinas do serviço, é meticulosa, tem apontamentos acerca das mais variadas coisas que ali

ser coerente com o meu modo de ser. Sei que sorrio muito, que tendencialmente tenho um ar afável e descontraído. Não quero que essa postura seja confundida com permissividade ou aliança disfuncional, assim tento manter a minha postura mais contida, moderar as palavras e questionar de forma aberta e assertiva.

Não é fácil, por vezes durante as atividades lúdicas que se praticam constantemente na sala de convívio vem ao de cima o meu lado mais pueril e as minhas movimentações corporais ficam mais soltas. Certa altura, em interação com J., o qual orgulhosamente me mostrava uns truques de cartas que aprendera, toquei numa das cartas sem autorização do próprio e segundo ele desvendei o truque. Numa expressão visivelmente desagradada dirigiu-se a mim com fácies frustrado e zangado e retirou-se da interação que estava a estabelecer comigo.

Independentemente das minhas tentativas de conversação o diálogo comigo rompeu-se, a relação fragilizou-se e apenas uns dias mais tarde voltou a mostrar interesse em interagir

cotam.

acontecem, nomeadamente aponta todos os dias os seus sinais vitais. Talvez seja a sua fuga, mas resolvo fazer da sua fuga um recuso, validar com ela (ainda que depois o volte a fazer com os profissionais), as rotinas, as atividades, e os pequenos grandes pormenores deste serviço.

L. e F. chegados nesta primeira semana despojados de vontade para fazer tudo aquilo necessário à manutenção de um organismo, como se se deligasse ou se quisessem desligar do mundo exterior, regredindo para um estado totalmente dependente, sem expressão verbal, fâcies inexpressivo na maioria do tempo, algumas expressões de emoção por gemidos e gritos que nos reportam para expressões mais primárias e primitivas.

comigo. Senti-me culpada e negligente na forma pouco cuidada como moderei os meus gestos. Acabou por ser importante para tomar consciência da minha movimentação corporal ou fazer um esforço maior nesse sentido.

APÊNDICE 3 – JORNAL DE APRENDIZAGEM II

“O ponto de vista e a vista, vista de um ponto”.



Por: Inês Seródio

1. O processo de crescimento Pessoal e Profissional de uma enfermeira em Estágio no serviço de Pedopsiquiatria.

Passada a primeira semana de Estágio seguem-se as outras, aquelas nas quais vou desbravando o sistema informático, as rotinas, as equipas, os utentes, tentando encontrar o meu lugar. Tento

Nesses dias em que desapareço, fica em mim o peso das indecisões, do vazio, das questões, uma e outra vez, as dúvidas e os medos. Depois de um momento que considero bom de relação dual, vem

O dever, a constante transformação do meu Eu e a minha co-construção enquanto enfermeira obrigam a uma procura constante desde vários

Figura 1 - Vista desde o interior do Serviço.



corresponder às minhas expectativas de aprendizagem, mas sei que no fundo tenho em mim o peso das expectativas do outro para comigo.

As expectativas dos outros serão de alguma forma fantasias minhas, mas que me segredam ao ouvido constantemente e imprimem urgência no Saber e no Agir, os orientadores, os enfermeiros da unidade, os auxiliares, os utentes, a minha família, fantasio que todos eles esperam de mim aquilo que de uma forma ou de outra sempre fui fazendo na minha vida, o alcançar, o conseguir, o ser suficientemente boa.

No fundo sei que ser suficientemente boa nas funções que desempenho não é suficientemente bom para mim, não chega. Quero mais! Comecei a ter esta percepção durante o percurso académico que ainda estou a percorrer e agora esta intensifica-se. Todas as minhas fraquezas, dificuldades e medos são expostos neste serviço tão complexo como rico, tão generoso quanto exigente.

Há dias em que desapareço, o EU enfermeira que fui até aqui não se reconhece, não se encontra, sinto-me perdida técnica e humanamente. Em mim e na relação com o outro. Não sei

outro mais instável e confuso no qual não sei se dei o melhor de mim.

E quando todo este peso internalizado ameaçava sucumbir-me externalizei o mesmo, em conversas reflexivas e francas que me foram sendo permitidas junto da minha enfermeira orientadora, eis que surge a questão, “Como que terá uma relação de ser para que se torne terapêutica?”

“Neste momento não sei” pensei, as leituras e toda a teoria consultada até aqui não surgiam naturalmente quando J. com o seu humor irritável e a sua agressividade lactente do alto dos seus 190cms me confrontava com as suas frustrações. Não mobilizava nenhum texto até aqui lido na altura em que o grupo me escapava ao controle com conversas menos adequadas para o espaço confinado.

Concomitantemente tive oportunidade de ter uma outra revelação durante uma aula de orientação tutorial, “será alguma palavra dita ou ação realizada com intenção de ajuda tão letal para o outro?” e que escudo temos para não sermos permeáveis a tudo o que o outro externaliza em nós, o conhecimento

ângulos, de novas abordagens e construtos, para que seja mais do que um ponto de vista. Começando por lançar um olhar tímido de dentro para fora, desde uma pequena janela, pretendo alcançar um outro olhar mais global e abrangente onde haja espaço para um eu, um nós e um outro sob várias perspectivas.

como posicionar-me, o que dizer como estar.

Tenho medo, medo de prejudicar mais do que ajudar, medo de defraudar o tempo e o investimento que até aqui tenho feito, defraudar aqueles que têm tido as minhas ausências, de defraudar estes aos quais não consigo potencializar a minha presença, medo de me defraudar a mim.

Entendi naquele momento que tinha de avançar, construir o tal “escudo teórico” de forma mais sólida e embrenhar-me pelo “campo de batalha” porque só se ganha experiência fazendo. Avancei com a consciência de que os meus erros não têm de ser armas letais, afinal estamos do mesmo lado da luta, ainda que haja dias em que não o pareça!

APÊNDICE 4 – AMOSTRAGEM DE DIÁRIOS DE BORDO.

(Os diários foram construídos em três capítulos consoante o desenvolvimento do estágio, sendo que cada capítulo foi subdividido em episódios, estes últimos correspondem a cada dia de ensino clínico. Apresenta-se de seguida uma breve síntese do processo reflexivo com seis dos diários por ordem cronológica.)

Capítulo I – Episódio 1 - “A partida”

Dia 9 de maio de 2019

Início hoje mais um desafio e trago na bagagem de mão algumas expectativas e alguns conhecimentos anteriores, baseado em leituras escassas e anos de contacto fugaz e rápido no meu contexto de trabalho. Mas tento viajar leve, essencialmente comigo própria e com os que vou encontrando, alguns serão bússolas e astrolábios, outros a tempestade, alguns mapas outros a realidade. Seremos sempre EU, o Outro e o Nós, é nesta tríade complexa que pretendo crescer, aprender

Sempre que chego ao [REDACTED], que já conheço há alguns anos, sinto que entro numa ilha à parte, num pequeno mundo dentro de outro, no qual a normalidade parece ter outros padrões. Os muros altos, as árvores e os edifícios antigos cheios de história e de estórias fazem-me sentir mais pequena. O edifício da Pedopsiquiatria encontra-se num extremo, mais isolado, como se fosse um estigma dentro de um estigma maior.

Entro no edifício e reparo na sua estrutura, as suas paredes largas e firmes, os tetos altos, as salas amplas, sinto-o como um bom setting, uma boa metáfora daquilo que a maioria dos jovens necessitará para se reorganizar. É apenas o ponto de partida, um a um chegam os rostos, os corpos com as suas imagens pensadas e executadas como mensagens de si para o mundo, carregam as suas complexidades, expectativas, estórias e singularidade.

A sala cheia de luz e salpicos de cor, cadeiras, mesas e um grupo de pessoas. Para alguém mais distraído poderia ser uma tertúlia, um encontro de amigos, mas não, é algo mais profundo. São intensões de bem-estar, é trabalho, é ciência, é arte. Ambos os enfermeiros, cada um com a sua individualidade imprimem-se nas relações com estes jovens com autenticidade, escuta ativa, técnicas de entrevista que não parecem sê-lo. São construções próprias do Estar com o outro de uma forma terapêutica. Sinto que preciso de ler, estudar e estar mais conscientemente.

Preciso de entender o meu papel aqui, neste contexto, neste grupo. Tenho medo de falhar intervindo, deveria intervir? Não me parece pertinente, observo tentando não ser intrusiva ou completamente inerte, reajo, mas tento não o fazer de forma que aparente ser preconceituosa. Eu estou a observar o grupo, mas no fundo sei que também estou a ser observada.

Neste diálogo de mim para mim, dou-me conta de um desconforto físico, alguma irritabilidade, dou-me conta que enquanto me encontrar tão autocentrada não consigo centrar-me verdadeiramente na relação, mas talvez faça parte nesta fase da viagem.

Porque estou desconfortável? Será porque me revejo em cada um deles de diferente forma, encontro pedaços de mim, da adolescente que já fui, da que por vezes ainda sou, em cada uma das narrativas. Quando a J. fala acerca da dificuldade em comunicar com o pai, lá está a minha adolescente a entender nas entranhas o que esta quer dizer. Quando o M. (que enverga uma blusa com o nome da banda que eu mais ouvia quando tinha a sua idade) se insurge com a Escola Tradicional ou se indigna com a Política, a minha adolescente revê-se e revisita-se aquele tempo em que fixava o mundo da enorme janela do liceu e não entendia o que fazia naquele lado, sentada, aprisionada, com tanto para viver, sem de nada servir aquelas longas horas de matéria debitada que facilmente e de forma autodidata poderia ler em casa. Nestas curtas viagens temporais que vou fazendo (como flashbacks) vou sentindo as sensações da altura, mesmo no corpo, e relembro os sentimentos, a impotência, a frustração. Por momentos sinto-me um deles.

Já mais tarde chega T. com uma presença própria e uma vontade de um cunho, uma posição disruptiva, de quem irreverentemente é dono de si, mas cuja autoridade é completamente desajustada. O T. a determinada altura irrita-me profundamente, parece que até o manifesto com o corpo ou com um sorriso mais irónico. Sinto vontade de levantar a voz, de o abanar e de dizer para parar com aquilo que só se prejudica. Sei porquê, porque tenho aversão a discursos de vitimização, não está em mim esta visão do mundo, este discurso. Tento compreendê-lo, ainda que não saiba o que o trouxe até aqui, está institucionalizado, portanto concluo que o percurso terá sido difícil, que talvez nunca tenha aprendido

outro, que talvez aquele discurso tenha sido o melhor para sobreviver ao lodo por onde andou, a sua boia de salvação. É confrontado pelos técnicos de forma assertiva, mas parece relutante e ferido na confrontação, de súbito J. intervêm, incisiva do alto dos seus 17anos e o fâcies dele muda, fica surpreendido, introspetivo, parece ter chegado a ele. Como se aquelas sábias palavras ao virem da parte de um par tivessem um comprimento de onda diferente e o som se propagasse dentro de si em busca de significado. Talvez seja esta uma grande vantagem de um grupo terapêutico, nomeadamente nesta faixa etária.

Saio da ilha, entro no carro e começa uma música que não só me leva novamente à minha adolescência como à de cada uma das narrativas que acabo de ouvir. O título “High Hopes” e a letra que mais tarde procuro ler melhor assenta bem no que hoje sinto, deixo-a aqui para que me ajude a arrumar a bagagem, fechar o saco e prepara-me para a próxima navegação.

High Hopes

Pink Floyd

Beyond the horizon of the place we lived when we were young
In a world of magnets and miracles
Our thoughts strayed constantly and without boundary
The ringing of the division bell had begun

Along the Long Road and on down the Causeway
Do they still meet there by the Cut

There was a ragged band that followed in our footsteps
Running before times took our dreams away
Leaving the myriad small creatures trying to tie us to the ground
To a life consumed by slow decay

The grass was greener
The light was brighter
When friends surrounded
The nights of wonder

Looking beyond the embers of bridges glowing behind us
To a glimpse of how green it was on the other side
Steps taken forwards but sleepwalking back again
Dragged by the force of some in a tide
At a higher altitude with flag unfurled
We reached the dizzy heights of that dreamed of world

Encumbered forever by desire and ambition
there's a hunger still unsatisfied
Our weary eyes still stray to the horizon
Though down this road we've been so many times

The grass was greener
The light was brighter
the taste was sweeter
The nights of wonder
with friends surrounded
The dawn mist glowing
The water flowing
The endless river

Forever and ever

Capítulo II – Episódio 14 – “A crisálida”

15 de janeiro de 2020

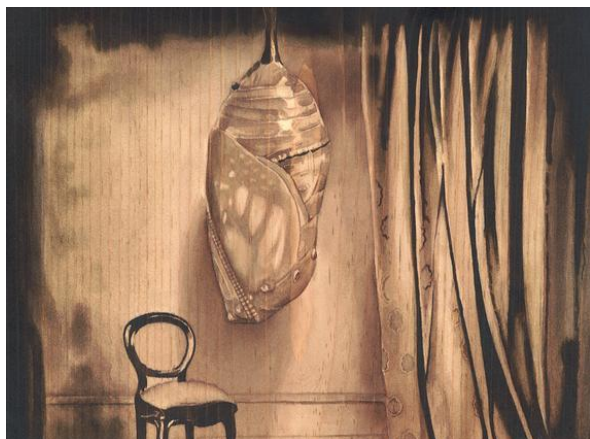
O grupo reúne-se de novo em ambiente descontraído, C. ao piano toca e vai cantando algumas músicas, outras jovens jogam cartas e têm conversas ligeiras e casuais, trocam olhares e sorrisos, E. cristalizada no sofá ouve música. Damos início à sessão e as posturas transpõem-se de uma sala para a outra. É dia de aniversário, M., sorridente e descontraída partilha um bolo que trouxe para comemorar com o grupo o seu 16º aniversário, parece mais tranquila hoje, mais leve. Jéssica e Laura também vão contribuindo de forma fluida e energética, raciocínios rápidos, ágeis, sentido de humor e sentido de si, uma a uma vão falando de quem são, como se vêm. Sinto-me bem a ouvi-las, agradecida por partilharem, o tempo flui e vou construindo com mais alguns tijolos a imagem que tenho delas.

Porém o ciclo quebra-se, a energia estagna e o silêncio toma conta da sessão. E. mantém-se cristalizada, parada, lentificada, pouco funcionante. Tenho dificuldade em digerir o silêncio, é confrangedor, Elizabete não consegue articular pensamentos simples. Fico rodeada de mil pensamentos, questiono-me se é uma dificuldade deveras cognitiva ou se é motivada por uma dificuldade emocional severa. Quando consegue, balbucia qualquer coisa muito pouco elaborada, num tom e discurso quase impercetível (pelo menos para a minha surdez precocemente adquirida na urgência pediátrica), faço um esforço para lhe ler os lábios, mas até isso é difícil, entre os piercings que ostenta na boca, lábios e língua e a mão que lhe esconde o rosto quando de forma ritmada afaga continuamente o cabelo colorido, não consigo entender. Não a consigo ler porque a expressividade é pobre, a cinética corporal mínima, como se estivesse num estado de crisálida, no qual todo o gasto de energia tem de ser mínimo para que a transformação se dê. Mas este casulo metafórico não coincide com o investimento na autoimagem. Olho para os traços tão cuidadosamente desenhados nas pálpebras ou para as duas pintas negras que simetricamente coloca na região malar e penso que terá algum tipo de raciocínio, que fará escolhas, que se exprime de alguma forma.

Não sei o que ouve, que impacto têm as coisas em si, mas esta forma tão internalizada e recolhida de estar tem certamente um impacto em mim. Tenho

discursos internos com vários alter-egos a atropelarem-se na minha mente. Apetece-me não investir nela, passar à frente. Irrito-me por achar que de alguma forma possa ser propositada toda esta postura que apresenta. Irrito-me porque parece que nem tenta pensar. Mas depois outra voz dentro de mim...e será que consegue? Se não consegue por uma questão cognitiva básica que mais valias terá este percurso terapêutico para si. Se não consegue por questões emocionais profundas o que fazer com isto, com todo este cenário, como ajudar?

Mais cedo no mesmo dia ouvi alguém dizer duas palavras simples, mas com um potencial terapêutico enorme, “aceitar e acolher”. Talvez neste momento seja o possível e o melhor, aceitar esta E. em estado de crisálida e acolhê-la nesta sala, neste grupo, neste processo terapêutico que é o seu. Este processo de espera, de paciência e de persistência ainda não é natural para mim. Colide com a minha impulsividade e foco para a ação. Vou tentando apaziguar estas sensações de impaciência, consciente de que elas existem em mim e de que a mudança não é imediata, por vezes não é possível ou desejável. Sou o que sou e como sou, também me tenho de aceitar acolhendo a minhas características. Mas, entretanto, puxo de uma cadeira, sento-me e observo, ainda que impercetível e lenta seja a transformação, é este estado intermédio que torna as lagartas em borboletas.



Capítulo III – Episódio 6 – “E novamente o movimento...”

3 de fevereiro de 2020



Começo a dirigir-me para a sala de convívio com a curiosidade lactente de quem irei ver hoje a aguardar pela sessão. Por norma tento manter as expectativas baixas, penso em um, dois elementos, mas se se juntarem mais é bastante positivo. Fico contente, vejo o E. na sala, já não o via há muito tempo...fico contente, fico contente porquê? Vejo que chegam mais três, fico mais contente. Será por ter oportunidade de com eles colocar em prática a atividade conforme o planeamento ou porque se estão aqui querem ajuda na sua caminhada terapêutica...talvez seja um misto isto que agora sinto em mim. Vou observando e sentindo o humor de cada um ... E. pensativo, retirado. T. como que em defesa, a observar das trincheiras, sério e aparentemente atento. J... ainda não a vira desde o pedido de ajuda da sessão anterior, encontra-se na sala no mesmo lugar que quase sempre ocupa, sorri devagar, curvada para a frente. Dirigimo-nos para a sala e encontramos o D., junta-se aos outros e a nós. Aceitam com alguma relutância o iniciar a sessão com o mediador movimento, D. lutou mais do que os demais com a intervenção, no seu registo de recusa, no registo do “não quero, não tenho vontade”, aos poucos vai aderindo, descontraiem e aquecem em grupo, interagem e “brincam”, os corpos, o movimento, a música e os exercícios, sinto-os mais leves, por momentos o cerne não está tanto nos problemas, mas sim nas soluções. Ao implementarmos um exercício no qual um dos participantes diz uma frase que gosta de ouvir e outra que não gosta, sendo que os restantes participantes as repetem numa espécie de eco, revelam-se mais coisas acerca de si próprios. D. centra-se no óbvio, no fácil, ainda

que se centre no tema da comida que entendo que seja importante para si na medida em que reforça o seu excesso de peso em diversas conversas, é a falta de iniciativa que me deixa zangada. A estupidificação lactente de alguém com bastantes recursos cognitivos, familiares e físicos, a quem é permitido tornar-se um parasita solitário. Na maioria das vezes sinto que a minha zanga não é diretamente com os jovens, e ainda que entenda que cada pai, mãe e educador é apenas aquilo que consegue ser, é inevitável senti-lo. Por vezes regresso a casa e torno-me ainda mais rígida no meu papel de mãe. Dou por mim a questionar quase todos os comportamentos para com o meu filho, não quero que no futuro ele reproduza comportamentos de alguns dos jovens que vou encontrando. É apenas uma tentativa, porque o caminho é dele e os erros não são os mesmos destes pais, mas serão certamente outros. Aceito-me e acolho-me, aceito-o e acolho-o naquilo que é e no que se irá tornar, mas não é um percurso fácil ou linear. Não são meus filhos estes jovens com quem vou intervindo, mas tornam-se um pouco nossos quando os conhecemos e quando caminhamos com eles, quando crescem connosco e quando cresço com eles. Hoje aqui neste espaço no qual pareceram mais livres do que o habitual, mais soltos menos tensos, sinto-me grata. Grata por terem acedido a comparecer, pelo apoio incondicional dos técnicos que me acompanham também a mim neste percurso, pela experiência que hoje aqui vivi e que me deixam mais rica enquanto pessoa e profissional. Estes movimentos entre o dentro e o fora, o meu e do outro mobilizam todos os poros do meu corpo e cada recanto da minha mente, mas é exatamente este movimento que me impele a conhecer e tomar consciência de mim em todas as minhas dimensões.

Capítulo III – Episódio 8 – “A cadeira vazia”

7 de fevereiro de 2020



Hoje C. não está, a cadeira onde habitualmente se senta permanece vazia, optou por não vir, escolheu pedir ajuda através de uma tentativa de suicídio na escola no início da semana. Estão outras três jovens, nomeadamente a T., colega de escola da C. que esteve presente no auxílio durante o episódio. O assunto não é claramente falado porque aguarda-se a chegada da jovem ao grupo numa outra sessão para que a situação possa ser trabalhada no grupo, na presença da principal interveniente. A cadeira vazia tem um peso e um significado na sessão de hoje, é um tema que não sendo discutido permanece nas entrelinhas do discurso e humor de Tatiana, hoje visivelmente triste. Planeara uma intervenção acerca de autoconceito com recurso aos mediadores movimento e desenho, iniciamos o movimento com alguma resistência inicial do grupo, mas com crescente adesão. Durante um exercício de sociometria é P. que se revela pouco investida no seu projeto terapêutico, diz sentir-se ansiosa e triste na maioria dos dias e não consegue visualizar nenhum ganho ou mudança positiva em si no último ano, devolvo para as colegas de grupo a percepção das mesmas acerca daquilo que está a ser dito. Discordam com a P., mas esta insiste no seu mal-estar, diz “já não sonho há muito tempo...já não tenho sonhos, sei que não vale a pena, mais tarde ou mais cedo sei que vou morrer, que me vou suicidar...”, o fácies sem emoção coincidente com o discurso que verbaliza deixa-me inquieta, é um mecanismo de defesa, é a banalização do tema, será que tem esta crença tão enraizada em si que já se tornou asséptica em relação à mesma? Fico com esta questão em mim, vou sentindo o

grupo e de repente o que planeava carece de sentido, mudo de planos com o aval da Enfa, peço-lhes que desenhem os seus sonhos. Investem no desenho, T. vai discursando nas entrelinhas acerca da cadeira vazia, vai procurando e recebendo o acolhimento da enfermeira. As restantes ficam mais silenciosas, viradas para si e para as suas expectativas de futuro, vão misturando tintas e desenhando a seu ritmo. As folhas à sua frente têm um formato A3 e de repente parecem-me demasiado grandes para os sonhos destas meninas, revisito-me na minha adolescência ideológica, a querer ver e mudar o mundo com tantas experiências e momentos que queria alcançar, nenhum poster podia conter os meus sonhos aos 16-17 anos, o que faz com que as expectativas delas sejam tão baixas, será a qualidade dos anos que já viveram, os mundos que as rodeiam e os exemplos que lhes balizaram o crescimento...talvez um pouco de tudo em conjunto com as suas características pessoais. O caminho é delas, as ferramentas vão lhes sendo atribuídas durante o processo terapêutico, mas em última instância o que constroem com elas é muito seu, dependente essencialmente da sua vontade e das suas escolhas. As cadeiras que agora ocupam podem a qualquer momento ficar vazias, mas os seus significados permanecerão em mim e nos outros cujos caminhos cruzam.

Capítulo III – Episódio 9 – “A hora introspetiva...”

10 de fevereiro de 2020



(Desenho de F.)

No meu último dia de grupo de segunda-feira todos os jovens estiveram presentes, ao chegar ouvi um burburinho vindo da sala de convívio, enquanto preparava a sala para a sessão ia apaziguando em mim as várias emoções que me visitavam. É um misto de sensações que se tem apoderado de mim nesta fase final do estágio, olho o relógio e guardo estas sensações em mim procurando outras à medida que caminho pelo corredor. Encontro-os a jogar matraquilhos e convidam-me para o fazer com eles, parecem descontraídos e acedo a participar. Decido demorar-me mais uns minutos como forma de esperar pelo F., vamos trocando conversas leves e animadas, cm recurso ao humor, tentando não esquecer o meu papel e que todos os momentos têm potencial terapêutico.

Dirigimo-nos para a sala, explico a intervenção e sinto alguma desconfiança inicial, peço para exprimirem através do desenho as emoções que cada música os vais fazendo sentir. E. verbaliza que não é bom a desenhar, assim como J., reforço que não tem carácter artístico ou de avaliação, questiona-me F....” e se não sentir nada” ... tento clarificar... “que é isso de sentir nada, será possível não sentir nada? Talvez por vezes seja difícil entender o que estamos a sentir ou expressá-lo...é isso que me estás a perguntar?”, F. acede que sim com a cabeça e damos início às músicas. Mantêm-se em silêncio com os papeis em branco à sua frente, as tintas, as canetas e os lápis...estáticos, sérios, introspetivos. Sinto-me um pouco inquieta, o

peso da responsabilidade da minha ação sob o outro, o receio de abanar as estruturas está sempre presente em mim em cada intervenção aqui no hospital de dia, a forma do colmatar é apurara a minha sensibilidade, afinar os sentidos e tornar-me hipervigilante e observadora, não deixar nenhum desconforto por esclarecer, dar-lhes tempo, o tempo deles e respeitar as suas entregas. Vou incentivando E. a experimentar diferentes materiais que nunca experimentara, T. entrega-se livremente à atividade. De repente aquele jovem que organiza insistentemente materiais, que gosta do concreto e de se isolar soltou amarras e ia desenhando livremente, olhando por vezes em redor analisando se o analisavam. O T. para mim é um mistério, daqueles que não conseguimos prever o final, fica em mim a vontade de poder continuar a trabalhar com ele, a descobri-lo a ajudá-lo na sua caminhada, sinto que estabeleci uma relação mais sólida com ele do que com outros, talvez porque estava aqui no seu primeiro dia. Reconheço-lhe muito potencial cognitivo e estrutural, mas assusta-me o lado que não partilha, assusta-me aquilo que não consigo ver porque será certamente aquilo que o impede de se encontrar saudável. Naquilo que desconhecemos não conseguimos intervir. D. assume uma postura de tédio, dirijo-me a ele no sentido de o incentivar, diz que não gosta de música, apenas ouve Rap. Desenha algo muito pouco investido. J. e F. vão conforme as vontades rabiscando aqui e ali.

A música termina e iniciamos a discussão. Questiono o grupo como foi para eles este exercício, o que sentiram e que dificuldades sentiram. J. responde “amo a música, mas “é estranho exprimir o que sinto quando oiço música”, pedi que definisse o que entende por estranho... “não consigo dizer isto de outra maneira”. Mas é sempre estranho exprimires o que sentes? Que estratégias tens??? “Danço sozinha no quarto e toco flauta...isso ajuda-me a expressar o que sinto”. As suas respostas, a sua voz e a suas afirmações têm a mesma grossura do traço dos seus desenhos, houve um que de ser tão leve era quase impercetível. Sinto que tem dificuldade em fazer-se ouvir, em expressar aquilo que sente ao outro, quase como se não se sentisse digna de o fazer. No entanto no decorrer da restante sessão afirma que já assumiu que vai reprovar de ano, diz já se sentir mais tranquila com isso. O restante grupo devolve com assertividade palavras de conforto que sinto que acolhe com agrado e ressonância em si. Aquelas palavras com comprimento de onda semelhante ao que consegue descodificar têm bastante mais peso do que

aquelas (que podem ser semelhantes) proferidas por um adulto. T. por sua vez revela ter gostado da experiência, que por momentos não pensou tanto como é habitual, deixou-se levar livremente pelo pincel. Quando o questiono como se costuma expressar as suas emoções responde taxativamente “Evito ao máximo!”, reforço que as nossas emoções são parte de nós e tomar consciência delas ou expressá-las pode ser importante no nosso processo de autoconhecimento. F. diz ser através do desenho que habitualmente se expressa, que é um exercício que já está habituado a fazer, não traz muito mais para o grupo, não revela muito mais de si e mantém-se na sua postura habitual e neutra. F. é uma espécie de Suíça, vai colaborando quando necessário, mas vou sentindo que não se implica verdadeiramente. E. revela preferir a escrita para se expressar, adora música e sentiu que “vieram muitos sentimentos, vontades, pensamentos...fiquei só sentindo isso tudo “. Reforcei que há determinados sentimentos e emoções que devemos expressar a outros para que encontremos novos significados para aquilo que estamos a sentir, novas perspetivas, para que não se círculos internos e cristalizados dos quais podemos ter dificuldade de sair. D. mantém-se com o mesmo ar de tédio do início da sessão. Devolvo-lhe “D. para mim é difícil compreender que apenas a música Rap te transmita emoções... nenhuma outra música te toca de alguma forma?” “Tenho que ter alguma memória que relacione à música senão não me diz nada...”. EU: “Nunca ouviste uma música pela primeira vez que gostasses ou odiasses por algum motivo?”. Fixa o olhar no teto como que à procura de uma resposta, volta a mim e a nós naquela sala...” o que eu gosto do RAP é o que a letra transmite”. “Então gostas de palavras, lês ou escreves?” “Já não...já não tenho criatividade, antes escrevia cartas, mas sem as entregar...eram mais para mim, mas agora já nem isso consigo...”. Senti o D. aqui...despido daquela máscara de humor provocador e ironia, era mesmo o D., triste, desmotivado, descrente.... Muda de assunto subitamente. “AH é verdade, no Carnaval vou a França ver a família...e até já pensei... acho que vou para lá estudar...”. Sorri e tive de lhe devolver o que senti sem grandes filtros...” D., desculpa perguntar, mas se não vais à escola que é ao lado da tua casa o que te faz acreditar que em França vai ser diferente?” ...”. É rápido na resposta ...” Porque lá sei que alguém me vai obrigar, vou-me sentir nessa obrigação... a casa não é minha...”. “Então o que te falta cá é alguém que te puxe as orelhas e te obrigue a ir à escola?” ... “Sim!”. Não quis explorar mais esta situação

no grupo, deixei-o levar esta constatação consigo, que no fundo julgo que ele já sabia, mas que hoje conseguiu verbalizar...

Despeço-me deles, com este sentimento agri-doce de quem se sente cativada, mas cujo intuito da presença está dado por terminado. Sinto que deixo aqui um pouco de mim, e que levo as suas histórias comigo, tendo a certeza de que algumas delas as guardarei para sempre. Volto para o carro, oiço música e tento também eu entender as minhas emoções.

Capítulo III – Episódio 11 – “A An(coragem)”

14 de fevereiro de 2020



É tempo de lançar a âncora e tentar integrar os contributos da viagem para que outros possam entender a jornada que empreendi, apenas entender de uma forma que se torna superficial para quem imprimiu estes passos. A tripulação ficará no barco, mudará com o tempo, enfrentará outras tempestades que desconhecerei, o meu caminho nesta embarcação conhece hoje o seu fim.

Os objetivos cumpridos não sossegam esta sensação de que mais tempo ficasse maior seria a aprendizagem, e que tanto ficaria ainda por fazer, por dizer, por treinar. Ainda hoje nesta última sessão me surpreendo com P. e com a sua visão de um relacionamento amoroso saudável ... amor, ciúme e controle, todos misturados nesta conceção pobre e assustadora, onde o EU se confunde com o Outro, onde é o tudo ou nada, o agradar para ser amado, o controlar o Outro para sentir que tem garantias de que este fica a seu lado. As outras jovens não parecem pensar assim e vão ressoando as suas verdades, chocando com a verdade de P. Mas não sabendo tudo da vida, sabem o possível da sua realidade, do que são as suas verdades aos

17-18 anos, do que lhes foi passado nestes verdes anos, dos exemplos que tiveram, daqueles que deveriam ter tido, tentei sempre que pude hoje e nos restantes dias acrescentar um pouco de mim às discussões, mas hoje como antes senti-me paralisar muitas vezes, necessitei de encontrar em mim a esperança, o espaço para acolher e reunir sabedoria para o fazer. Parto olhando em redor com a certeza que esta casa não sendo minha ficará de certa forma em mim, que hoje sou uma pessoa diferente daquela que aqui chegou há alguns meses atrás, com uma maior clarividência do outro e de mim, de mim com Outro, da pedopsiquiatria, da relação terapêutica, do casal terapêutico, das intervenções, das famílias, das escolas, ... das lutas, das conquistas e das perdas destes jovens que pautam a realidade deste serviço. Talvez o coração pareça apertado ainda que não o esteja, mas naquele meio caminho entre o coração e o estômago onde parecem pesar as emoções sinto uma saudade antecipada de cada interveniente, sinto alegria e gratidão por ter pertencido aqui por pouco tempo que tenha sido, sinto-me cativada e isso só pode querer dizer que valeu a pena.

É preciso coragem para seguir, para sair da caixa, da zona de conforto, foi esse ímpeto que me trouxe até aqui, agora preciso de voltar a reunir essa força, parar esta viagem até me sentir pronta para cortar amarras e empreender outra...que o limite seja aquele que eu quiser!

A Melhor Maneira de Viajar é Sentir - Álvaro de Campos

“Afinal, a melhor maneira de viajar é sentir.

Sentir tudo de todas as maneiras.

Sentir tudo excessivamente,

Porque todas as coisas são, em verdade, excessivas

E toda a realidade é um excesso, uma violência,

Uma alucinação extraordinariamente nítida

Que vivemos todos em comum com as fúrias das almas,

O centro para onde tendem todas as forças centrífugas

Que são as psiques humanas no seu acordo de sentidos.

Quanto mais eu sinta, quanto mais eu sinta como várias pessoas,

Quanto mais personalidade eu tiver.

Quanto mais intensamente, estridentemente as tiver,

Quanto mais simultaneamente sentir com todas elas

Quanto mais unificadamente diverso, dispersadamente atento,

Estiver, sentir, viver, for,

Mais possuirei a existência total do universo,

Mais completo serei pelo espaço inteiro fora ...”

APÊNDICE 5 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO



ITENS A OBSERVAR NUMA ENTREVISTA - PEDOPSIQUIATRIA

Caracterização do espaço físico no qual se decorre a entrevista.

- ☐ Espaço com boas condições de higiene.
- ☐ Espaço com boas condições de iluminação.
- ☐ Espaço com boas condições acústicas.
- ☐ Espaço com boas condições de temperatura.
- ☐ Espaço adequado e dirigido à faixa etária dos utentes do mesmo.
- ☐ Espaço que confere privacidade ao momento.
- ☐ Mobília e espaço confortável e adequado.

OBS:

Apresentação e comportamento

- ☐ A CR/Jovem estabelece contacto físico com os técnicos.
- ☐ A CR/Jovem estabelece contacto visual com os técnicos.
- ☐ A CR/Jovem coopera com os técnicos.
- ☐ A CR/Jovem tem aspeto cuidado e limpo.
- ☐ A CR/Jovem tem vestuário adequado à sua faixa etária e estação do ano.
- ☐ A CR/Jovem tem comportamento maioritariamente assertivo durante a entrevista.

OBS:

Orientação

- ☐ A CR/Jovem apresenta orientação temporal.
- ☐ A CR/Jovem apresenta orientação espacial.
- ☐ A CR/Jovem apresenta orientação para a pessoa.
- ☐ A CR/Jovem apresenta orientação para a situação.

OBS:

Expressão facial e corporal

- ☐ A CR/Jovem apresenta linguagem adequada à sua faixa etária e nível de desenvolvimento esperado.
- ☐ A Expressão verbal é coincidente com a expressão não verbal.
- ☐ A CR/Jovem surge inexpressivo e/ou monocórdico
- ☐ A CR/Jovem mantém uma cadência verbal com alteração do tom, fluência, ritmo e tom.
- ☐ A CR/Jovem apresenta solilóquios, mutismo ou outros obstáculos à comunicação dual.

OBS:

Humor, afetos e emoções

- ☐ A CR/Jovem expressa emoções positivas através do não-verbal.
- ☐ A CR/Jovem expressa emoções negativas através do verbal.
- ☐ A CR/Jovem surge inexpressivo e/ou insensível.
- ☐ A CR/Jovem aparenta embotamento emocional.
- ☐ A CR/Jovem mantém uma cadência verbal com alteração do tom, fluência, ritmo e to
- ☐ A CR/Jovem apresenta solilóquios, mutismo ou outros obstáculos à comunicação dual
- ☐ A CR/Jovem apresenta Humor Depressivo.
- ☐ A CR/Jovem apresenta Humor Irritável
- ☐ A CR/Jovem apresenta Humor Ansioso
- ☐ A CR/Jovem apresenta Humor Exultante.
- ☐ A CR/Jovem apresenta Humor Eufórico.
- ☐ A CR/Jovem apresenta Humor Temeroso.
- ☐ A CR/Jovem apresenta Humor Culpado.
- ☐ A CR/Jovem apresenta Humor Lábil.
- ☐ A CR/Jovem apresenta Emoções congruentes com o humor.

OBS:

Interrupções

- ☐ A CR/Jovem interrompe a entrevista com intencionalidade.
- ☐ A entrevista é interrompida por fatores de ordem externa.

OBS:

Consciência da Doença

- ☐ A CR/Jovem tem conhecimento acerca da sua doença.
- ☐ A CR/Jovem identifica sinais e sintomas da sua doença.
- ☐ A CR/Jovem mostra aceitar a sua doença.
- ☐ A CR/Jovem reconhece efeitos e consequências da mesma.
- ☐ A CR/Jovem demonstra intencionalidade/vontade em seguir o plano terapêutico proposto.

OBS:

Pedido de Ajuda

- ☐ A CR/Jovem reconhece necessidade em ser ajudada.
- ☐ A CR/Jovem manifesta o pedido de ajuda ainda que não de forma verbal e explícita.
- ☐ A CR/Jovem reconhece necessidades e dificuldades

OBS:

Projeto de Futuro

- ☐ A CR/Jovem manifesta insight e juízo crítico
- ☐ A CR/Jovem verbaliza planos para o seu futuro

OBS:

Encaminhamento

OBS:

APÊNDICE 6 – ESTUDO DE CASO
(alterado para cumprir imperativos éticos)

10º Curso de Mestrado
em Enfermagem de
Saúde Mental e
Psiquiatria

EC



Lista de Siglas

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCA – perturbação do Comportamento Alimentar

IMC – Índice de Massa corporal

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders

APA – American Psychiatric Association

Legenda de Figuras e Imagens

Figura 1 – Genograma da família

Figura 2 – Ecomapa

Figura 3 - Teoria Geral dos Sistemas

Imagem 1 – Plano Terapêutico por etapas

Imagem 2 – Imagem escolhida pela paciente identificada como representativa da adolescência

ÍNDICE

0. - Introdução.....	6
1. -Desenvolvimento	7
1.1 - O Fenómeno.....	8
1.1.1 - Descrição do caso.....	8
1.1.2 - Genograma e Ecomapa.....	10
1.1.3 - Exames físico e Mental Sumários.....	11
1.1.4- Análise do fenómeno sob a ótica de Teoria dos Sistemas de Betty Neuman.....	13
1.1.5 – Enquadramento teórico do fenómeno.....	15
1.1.6 – Formulação dos diagnósticos de Enfermagem: Problemas de Saúde Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem.....	21
2. - Intervenção	27
2.1 Relação Terapêutica e desenvolvimento dos cuidados.....	27
2.2 Avaliação dos resultados.....	30
3. - Considerações Finais	32
4 – Referências	33
ANEXO I – A Produção Final	Erro! Marcador não definido.
ANEXO 1 – A prosódica da despedida – encerrando a relação terapêutica.....	35

0. - Introdução

Um estudo de caso é um método de estudo aplicado à prática de enfermagem com o intuito de aprofundar conhecimentos através de um estudo que incida nas necessidades e problemas da pessoa, família e comunidades, podendo trazer contributos para um cuidar holístico e de qualidade, contribuindo para a construção de estratégias e resolução dos problemas identificados. (Galdeano, Rossi & Zago, 2003)

No âmbito do desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, no decorrer do estágio no Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital, propus-me a desenvolver uma prática de cuidados dirigida e personalizada tendo por base a metodologia supramencionada.

Assim, em consonância com as orientações da minha enfermeira orientadora selecionei uma jovem internada naquela unidade e desenvolvi intervenções individuais personalizadas junto da mesma.

Desta forma o presente estudo de caso contará numa primeira parte com uma fundamentação teórica tendo por base a psicopatologia que precipitou o internamento da jovem. Seguir-se-á uma apresentação da história de vida da mesma e da evolução da doença atual. Numa terceira fase serão apresentados os registos de interação decorrentes dos movimentos próprios do contexto de cuidados e estabelecimento de relação terapêutica. Desta interação surgirão os levantamentos de problemas e necessidades e o planeamento das intervenções, assim como o registo dos resultados obtidos.

Tendo em conta o Código Deontológico dos Enfermeiros, nomeadamente o artigo 85º que sublinha o direito do sigilo e a necessidade imperiosa de “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso seja usado em situações de ensino” (OE, 2005). Assim serão preservados elementos identificativos de relevância indo ao encontro do artigo supramencionado o nome fictício atribuído à jovem será Ana, a naturalidade e período efetivo de internamento omitidos.

Esta perspetiva de Enfermagem de forma holística e personalizada confere a necessidade de uma orientação teórica que balize esta requalificação dos cuidados,

assim o estudo deste fenómeno estará ancorado à teoria dos sistemas de Betty Neuman, tendo como rampa de lançamento valores profissionais e humanos que contengo em mim e que me propus desenvolver durante o presente estágio.

1. -Desenvolvimento

A escolha da paciente identificada e da psicopatologia que teria como base de partida para um maior aprofundamento teórico partiu de dois fatores essenciais, a população do internamento no período confinado ao meu estágio e a relação estabelecidas com a jovem nas semanas precedentes à intervenção.

Pelo número elevado de adolescentes com patologia do comportamento alimentar, cerca de 1/3 do número total dos jovens em regime de internamento no momento a que me reporto e pela necessidade de uma intervenção mais prolongada inerente aos utentes que experienciam esta psicopatologia, optei então por abordar sob uma forma estruturada a intervenção a uma jovem que ingressou no serviço durante o estágio.

Foi de início necessário o estabelecer de uma relação, dar tempo para que cliente e interveniente clarificassem o “conteúdo das trocas, as características da própria relação e os papéis assumidos pelas pessoas” (Chalifour, 2002). Esse tempo e espaço foi sendo conquistado através de cuidados formais e informais no decorrer das rotinas pré-estabelecidas e inerentes a uma dinâmica muito organizada do serviço em questão, na qual os horários e as rotinas dos jovens internados deixam em aberto poucos momentos livres para intervenções individuais. Acolhendo as impressões que a jovem ia partilhando em outras atividades, nomeadamente de grupo fui estruturando uma intervenção individual e encontrei nos tempos de repouso após as refeições uma oportunidade de excelência para os nossos encontros e entrevistas com recurso a metáforas e a mediadores expressivos fáceis de mobilizar no contexto e situação.

O contacto com a família, tão necessário neste contexto foi dificultado pelo facto de a zona de residência da jovem ser bastante longe do hospital sendo a presença da família durante o internamento mais limitada. O pai da jovem deslocara-se para Lisboa e recorria assiduamente a todas as visitas chegando por vezes antes do

horário pré-estabelecido do início das mesmas. Estas visitas eram de suma importância para a jovem e o tempo que passavam em conjunto securizante e fundamental para o seu processo terapêutico, assim optei por não retirar este tempo a ambos mas agendei duas entrevistas com o pai conforme a sua disponibilidade no tempo imediatamente antes da visita à jovem. Foi facilitador para a minha intervenção a forma disponível como ambos conceberam este tempo e estas entrevistas.

1.1 – O Fenómeno

Ana é uma jovem que se encontrava internada no serviço onde realizei o estágio tendo oportunidade de assistir à sua transferência de um outro serviço onde permaneceu durante duas semanas até restabelecimento hemodinâmico. Pretende-se uma abordagem abrangente e personalizada da situação contendo numa primeira fase a descrição sumária da situação e a apresentação dos respetivos genograma e ecomapa construídos pela jovem no decorrer das intervenções. Será apresentada uma baliza teórica na qual se inserirá a informação compilada. Pretende-se com este movimento uma análise da situação à luz da teoria dos sistemas de Betty Neuman desenvolvendo-se à posteriori a formulação dos diagnósticos de enfermagem, planeamento das intervenções e análise dos resultados obtidos.

1.1.1– Descrição do caso.

A Ana é uma jovem adolescente que cumpriu treze anos de idade já durante o internamento, originária de uma família nuclear constituída por pai, mãe e irmão gémeo coabitando com todos desde o seu nascimento. É, segundo palavras suas “mais frágil e menos inteligente do que o irmão, tenho que estudar e trabalhar muito...para ele é tudo mais fácil”. Descreve-se como muito estudiosa e trabalhadora, frequenta o 8º ano de escolaridade com muito bom rendimento, faz ginástica acrobática e refere que quer “sempre ser a melhor”. É sociável e são-lhe conhecidos amigos da mesma idade, não passa muito tempo com os amigos

fora do contexto escolar pela sua rotina de estudo e prática de ginástica. Referiu ter uma relação muito companheira e interdependente com as suas companheiras de equipa e com a sua treinadora.

Em família diz ter uma excelente relação com o pai, sendo que durante a realização do genograma pediu para desenhar uma linha extra para reforçar a importância que este tem para si. Diz que desde o início da sua sintomatologia a relação com a mãe têm vindo a ficar mais conflituosa e que não sente compreensão por parte da sua progenitora. Fala com carinho da relação que mantém com a atual companheira do avô paterno e da tia materna que vê como um modelo. Fala de uma prima pequena e do irmão gémeo ressaltando as interações positivas com estes.

Acerca dos seus dias conta-me que a rotina é-lhe securizante e que aprecia o seu estilo de vida com objetivos definidos e horários estipulados, revela-se bastante competitiva e exigente com os resultados escolares e desportivos, sendo que reforça várias vezes durante o discurso a importância de ser boa naquilo que faz, senão a melhor. Reforça a ideia de que não se sente tão inteligente quanto o irmão ...” para ele é tudo fácil, não precisa de esforçar...eu não sou inteligente como ele, tenho de estudar muito ... às vezes não é justo”.

A sintomatologia de PCA começou a surgir a 4 meses do internamento com indícios de restrição calórica progressiva com perda aproximada de 10kg. Inicialmente começa por recusar hidratos de carbono até que chega a uma restrição bastante marcada. Iniciou acompanhamento com psicóloga, mas à data do internamento teria tido apenas duas consultas. Por aumento da irritabilidade e agravamento da restrição é levada ao serviço de urgência sendo encaminhada para internamento. Reagiu com agressividade latente e onipotente quando confrontada com a notícia do internamento mostrando-se irritada aquando da bordagem do tema peso e alimentação. Revelava pouca crítica para o comportamento e manteve recusa durante os primeiros dias sendo necessária alimentação por sonda nasogástrica e hidratação endovenosa.

Durante a permanência no atual serviço manteve o bom relacionamento entre o grupo de pares e profissionais de saúde, as visitas do pai foram sempre pautadas por uma interação muito positiva. Manteve intervenção multidisciplinar com

disponibilidade demonstrando labilidade e irritabilidade nos momentos que antecederiam a pesagem e as refeições, em situações limite solicitou terapêutica SOS para gerir ansiedade causada pelas temáticas já descritas. Outros gatilhos do seu mau estar durante o seu internamento foram também a ideia do almoço terapêutico por considerar que “vão estar todos a avaliar o que como” e o próprio ganho de peso que foi sendo desmistificado como um ganho de massa corporal e não de gordura. A certa altura consegue transmitir alteração da imagem corporal com maior incidência para a sua região abdominal e de alguma forma recusa o desenvolvimento das suas formas femininas típico da puberdade e adolescência. No momento do término do meu estágio Ana encontrava-se perto do peso de alta sendo que fez licenças de ensaio com sucesso tendo tido alta cerca de um mês depois do nosso último encontro. As suas preocupações principais nessa altura seriam se seria possível regressar a uma atividade desportiva e se academicamente lhe seria possível recuperar o tempo perdido. O pai centrava a sua principal inquietação no seguimento posterior que Ana iria ter após a alta e que tipo de ajuda poderiam solicitar enquanto família. Segundo informação colhida Ana ficou referenciada e com consulta marcada para consulta da especialidade na área de residência e apoio de terapia familiar.

1.1.2- Genograma e Ecomapa

Durante as nossas entrevistas existiu um tempo e um espaço para que Ana construísse um genograma e um ecomapa, de forma a poder reconhecer as forças e as fraquezas dos seus sistemas de apoio externos. Evidenciou com muita veemência a importância da figura paterna durante a sua vida e nomeadamente durante o processo de doença, em palavras suas; “...o meu pai é tudo para mim, é o meu pilar, a minha força, é por causa dele que eu vou aguentando...”. Ao olhar para o genograma Ana demorou-se na representação da relação com a mãe e fez questão de salientar que aquela representação não significava que não houvesse amor entre ambas, verbalizou que no fundo entendia que a mãe teria medo de a perder e não sabia reagir de outra forma senão tentando forçá-la a comer, enquanto o pai tentava entender o que se passava com ela e tentava arranjar-lhe alimentos

que fossem do seu agrado. (as representações gráficas não foram aqui expostas pelos elementos identificativos que contém.)

1.1.3 - Exames físico e Mental Sumários

●Exame físico

Aquando da admissão a Ana apresentava aspeto bastante emagrecido, envergava várias camadas de roupa se tamanho superior ao seu, ainda que adequado á idade e altura do ano. Apresentava um peso de 26,9kg, altura de 142cm, IMC de 13,3 kg/m². Tensão arterial de 85/55mmHg e Frequência cardíaca 55bpm. Seguimento em cardiologia por derrame pericárdico associado à doença atual. Temperatura timpânica na ordem dos 36°C. Pele e mucosas secas, decoradas e desidratadas. Extremidades frias e cianosadas. Cabelo quebradiço e seco. Abdómen escavado, presença de lanudo nos membros e tronco. Encontra-se obstipada desde há uma semana.

●Exame mental

Durante o internamento a Ana manteve-se maioritariamente calma, maioritariamente colaborante, contato sempre sintónico com o grupo de pares e profissionais de saúde, por vezes com necessidade de mediação nos discursos com outras jovens que experienciavam Patologias do comportamento alimentar pela incidência da temática nos aportes calóricos e comidas. Discurso espontâneo, coerente e organizado. Idade aparente inferior ao real, aspeto emagrecido e debilitado. Mostrou-se e verbalizou tristeza e labilidade emocional marcada em algumas temáticas, nomeadamente das saudades da família nuclear, as refeições e o aumento de peso, o impedimento do regresso à ginástica artística e a angústia relativa aos resultados académicos. Esta labilidade foi oscilante e muito relacionada com uma dicotomia que expressou em relação à necessidade do aumento de peso para a “normalização” do seu quotidiano da própria família.

Durante as entrevistas foi-me permitido a observação mais íntima e profunda do seu estado mental e dos seguintes parâmetros:

Apresentação e comportamento geral – Manteve uma marcha lenta, com postura que no início se caracterizada por rígida, mas que se foi tornando mais descontraída com o passar das semanas. Colaborante e cooperante, referindo-se aos nossos encontros com agrado e intencionalidade na manutenção dos mesmos. Contacto sintónico, com aproximação e toque na fase mais posterior da relação.

Memória e Orientação - Manteve-se orientada no tempo, espaço, pessoa e situação, com memória mantida nos vários quadrantes temporais.

Consciência – Manteve-se sempre consciente com discurso coerente, por períodos mais sonolenta, causa que atribuiu à medicação.

Atenção – Atenta ao que lhe era dito, pedido ou devolvido, pensamento e raciocínio rápido.

Humor, Afetos e Emoções – Humor flutuante durante o internamento, mais lábil aquando aborda várias questões relativas ao processo de aumento de peso. Tem sentimento e exprime culpabilização no sofrimento que a situação de doença atual imprime nos que a odeiam. Relaciona-se com os profissionais e pares de forma adequada, mostrou-se mais onipotente e zangada junto da dietista aquando alteração da sua dieta. Maioritariamente humor apreensivo.

Fala, discurso e linguagem - Expressa-se verbalmente com fala articulada, tom calmo e tranquilo, vocabulário rico e cuidado. Mostrou uma boa fluência, discurso organizado, sem recurso a gíria ou calão.

Pensamento – Aparentemente sem alterações formais do pensamento evidenciando por vezes alguma rigidez.

Vivência do Eu – Consciência de si com alguma crítica para a situação, no entanto apresenta alteração da imagem corporal, com predomínio de ideias ruminativas acerca do volume abdominal. Discurso que evidencia uma imagem de si de fragilidade e de inferioridade cognitiva relativamente a outros, nomeadamente ao irmão.

Vida Instintiva - A Ana apresentou dificuldade em adormecer por períodos relativos a uma maior inquietação de humor, a alimentou-se com incentivo e vigilância cumprindo a dieta ainda que referindo pouco apetite.

Consciência da doença - Inicialmente relutante em assumir que estava doente, Ana foi aumentando gradualmente o insight acerca da mesma, não se verificou durante o período em que estivemos em interação uma aceitação efetiva da mesma. Foi assumindo que precisava de estar mais saudável, mas com movimentos antagônicos de luta interna entre a necessidade de aumentar de peso e angústia de ficar mais gorda. Foi necessário abordar o aumento de peso como aumento de massa corporal, orgânica e óssea, sublinhando que o aumento de peso efetivo não se traduziria em aumento idêntico de gordura corporal ou massa gorda. Foi adquirindo conhecimento e aceitação acerca da sua situação física, mas com uma negação latente da sua condição mental. Nota-se o desejo de agradar aos técnicos e cumprir o plano terapêutico de forma a atingir o peso de alta. Revela uma grande inquietação relativa à última etapa do plano, o “almoço terapêutico”. Segundo o que verbalizou por receio de se sentir observada e avaliada durante a refeição.

1.1.4- Análise do fenómeno sob a ótica de Teoria dos Sistemas de Betty Neuman.

Existem na disciplina de enfermagem várias perspetivas e óticas que poderiam ser adotadas na abordagem desta situação e ainda que diferentes olhares possam enriquecer as intervenções, julgo que uma visão sustentada no modelo de Betty Neuman será aquela que melhor dará resposta às minhas inquietações decorrentes deste processo formativo. Foi também à luz da Teoria dos Sistemas que sustentei a fundação teórica do meu projeto de estágio e no fortalecer dos stressores positivos que retive o foco da promoção da resiliência.

Ainda que considere importantes as intervenções individuais planeadas e implementadas no cuidado à jovem em questão, as mesmas só adquirem significado e força num contexto mais lato de intervenção multidisciplinar. Sendo apenas um acréscimo ao processo terapêutico de Ana.

Betty Neuman parte de um metaparadigma no qual define **Cliente** como indivíduo, família, grupo ou comunidade, **Ambiente** enquanto contexto criado pelo Cliente para

fazer face aos stressores mantendo a homeostasia do sistema, podendo este ser interno ou externo (Neuman & Fawcett, 2011). A definição de **Saúde** é baseada por um estado de bem-estar assim e por uma desejada estabilidade do sistema Cliente. Nesta ótica, a **Enfermagem** assume-se como uma disciplina que pretende ajudar o cliente na obtenção de respostas ajustadas à invasão dos stressores ao sistema (Neuman & Fawcett, 2011). O sistema cliente representará essencialmente a Ana, sendo sobre ela que incidiriam as intervenções implementadas. Devemos ter em conta que o individuo é um sistema aberto e permeável e único, que retém em si estruturas biológicas, tais como a genética, os traços de personalidade num conjunto de várias variáveis, sendo elas as variáveis psicológicas, socioculturais, fisiológicas, de desenvolvimento e espirituais, conforme é possível observar no modelo esquemático apresentado à posteriori.

Segundo Neuman e Fawcett (2011) existem neste esquema a descrição de três linhas de defesa: a **flexível**, que assenta nos limites que o indivíduo apresenta face ao exterior e que previne a invasão dos stressores. A **normal** que se refere à homeostasia e à resistência aos stressores de um individuo saudável. Após a invasão efetiva do sistema por parte dos stressores, são as linhas de **resistência** que são chamadas a atuar como forma de devolver a homeostasia ao sistema individuo. A intervenção planeada junto de Ana tem como objetivo principal atuar a nível da linha de resistência, de forma a catalisar a sua homeostasia e eventualmente fortalecer esta barreira

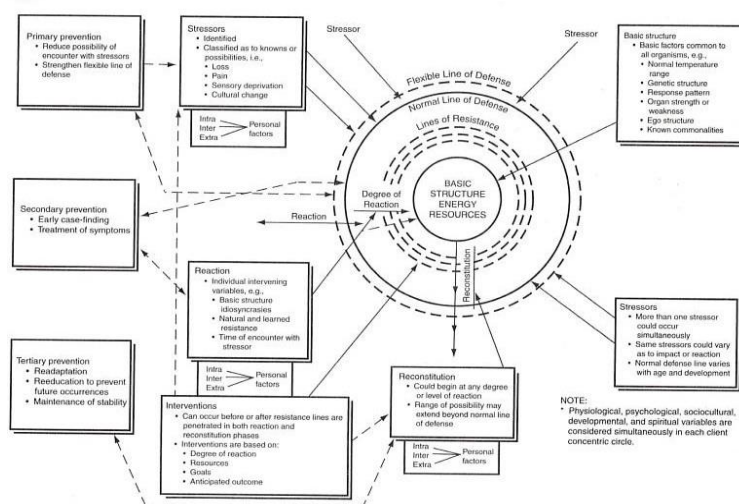


Fig.3 - Teoria geral dos Sistemas (Neuman & Fawcett, 2011)

1.1.5 – Enquadramento teórico do fenómeno.

O corpo assume especial relevância na adolescência, enquanto recurso privilegiado de expressão. Jeammet (1980, cit. in Marcelli; Braconnier, 2005) afirma que é a partir do corpo que o jovem encontra um ponto de ancoragem para explorar a sua personalidade e imagem de si para consigo e para o mundo, é o limite entre o Eu interno e externo, algo que lhe pertence e que potencialmente consegue controlar.

Marcelli e Braconnier (2005) defendem que os fenómenos psicopatológicos centrados no corpo surgem essencialmente com uma necessidade subjacente de controlo e/ou regressão, nomeadamente sob comportamentos de fixação oral. Já Crip, (cit. in Sampaio, 2008) refere que as mudanças decorrentes do próprio processo de adolecer podem levar a uma fuga ao crescimento que se relaciona por vezes com o medo de engordar e uma fobia do peso. A adolescência surge na literatura como a fase do desenvolvimento durante a qual¹ é mais passível de ser detetada uma anorexia, não descartando o seu surgimento na infância ou idade adulta com menor expressão. É ainda exponencialmente mais expressiva a sua manifestação em utentes do género feminino, 90%. (Marcelli e Braconnier, 2005).

Hay et al. (2014) definem as perturbações do comportamento alimentar como todas aquelas que se centram em alterações relacionadas com a alimentação, alimentos e preocupações com a autoimagem. Sendo um fenómeno potencialmente antigo na sociedade ocidental, com relatos passíveis de serem considerados como PCA datados de 1600. Podem ainda segundo estes atores surgir concomitantemente com outra psicopatologia associada nomeadamente perturbações da ansiedade ou depressão.

Segundo o DSM -V, os “transtornos alimentares são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial”, P.338, segundo o mesmo manual os critérios diagnósticos para a anorexia nervosa são os seguintes;

“a) Restrição da ingestão calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física” (DSM-V, 2013, p.338), sendo que Sampaio, 2008 & Bouça, 2000 definem baixo peso corporal é compatível com diagnóstico de anorexia quando o IMC é inferior ou igual a 17,5 kg/m².

“b) Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo.” (DSM-V, 2013, p. 339). Bouça (2000) & Sampaio (2008) afirmam que à medida que a perda de peso se acentua, com ele também se vão acentuando outros medos e preocupações, nomeadamente o medo de não conseguir controlar o apetite e de ser gordo.

“c) Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.” (DSM – V, 2013, p.339.) Os doentes com Anorexia Nervosa apresentam frequentemente um distúrbio da percepção corporal interpretando as suas formas de um modo que não traduz as suas reais proporções, assim um aumento de peso pode significar uma perda de controlo e uma ameaça à sua autoestima já de si fragilizada. (Núcleo das doenças do comportamento alimentar);

A anorexia nervosa ainda se pode qualificar de acordo com o DSM - V (2013) de acordo com o seu subtipo, especificidade e gravidade. A Anorexia de Ana é do subtipo restritivo pois segundo relatos da mesma não envolveu comportamentos purgativos ou utilização de laxantes, a perda de peso foi alcançada através de uma restrição alimentar muito rigorosa concomitante com pratica quase diária de exercício físico intenso. No final das entrevistas Ana encontrava-se em remissão parcial por ter recuperado algum peso sem, no entanto, ter ultrapassado o medo de engordar ou a alteração da autoimagem. Perturbações como a ansiedade, sensação de culpa exagerada, baixa autoestima, perfeccionismo e irritabilidade encontram-se intimamente relacionadas com a psicopatologia em si, Ana durante o internamento foi demonstrando paulatinamente que continha em si estas características e/ou

perturbações, tornando as mesmas mais perceptíveis à medida que crescia a confiança no seio da relação terapêutica. O IMC de Ana era de 13,3kg/m², valor que segundo o DSM-V (2013) traduz uma anorexia severa, apresentando fisicamente sinais e sintomas descrito na literatura, nomeadamente presença de lanugo, extremidade frias e cianosadas, pele seca, cabelo quebradiço, abdómen escavado. Encontrava-se ainda com bradicardia sinusal e padeceu de derrame do pericárdio que foi devidamente monitorizado até remissão total.

A vulnerabilidade alancada a fatores de desenvolvimento e biológicos, pode segundo Bouça (2000) & Sampaio (2008) contribuir para a instalação da doença. A pouca diferenciação do self face às figuras parentais pode despoletar um assumir de um papel submisso do “filho perfeito” que não se autonomiza, que obedece e agrada aos pais sem capacidade de construção interna. Segundo Carmo (2005), as adolescentes (género feminino), que se mostram muito preocupadas com os estudos e têm inclusive um rendimento escolar acima da média apresentam um índice de vulnerabilidade ainda superior. Demonstrando excesso de preocupação com o que os outros pensam sobre si, vivenciam sentimentos de culpa, exclusão e inferioridade face aos acontecimentos mais negativos a seu redor. O perfil de Ana encaixa no perfil descrito na literatura como o mais vulnerável para o surgimento da doença, contudo deveremos efetuar estas aproximações com cuidado e bom senso, nunca esquecendo a individualidade de cada um a unicidade de cada percurso individual. Ana terá iniciado a manifestação da sintomatologia durante o desenvolvimento físico que caracteriza a fase pubertária, iniciou o controlo mais acentuado do peso durante as pesagens frequentes inerentes à ginástica artística e revelou angústia referente ao surgir da menarca, algo que ainda não tinha acontecido à data dos nossos encontros. Segundo Bouça (2001) existem vivências passíveis de provocar uma descontinuidade no equilíbrio psicológico que poderá desencadear fixação pela imagem corporal sob a ilusão de controlo sob o EU.

A Anorexia na sua complexidade de psicopatologia abrangente afeta mais do que o próprio indivíduo transpondo sofrimento e angústia para o meio envolvente nomeadamente para a família do mesmo. As famílias com anorexia

podem também apresentar algumas características em comum, tipicamente mais encerradas em si mesmo com presença de fenômenos de triangulação entre subsistemas parentais e filiais significando que a puberdade e a autonomização dos jovens são ameaças à estrutura mais rígida desde funcionamento familiar. As relações intrafamiliares tendem a deteriorasse e os conflitos tendencialmente aumentam, a problemática da alimentação e da magreza é passível de gerar sentimentos de culpabilização nos progenitores, nomeadamente na mãe pelo próprio ato de cuidar pela alimentação se encontrar comprometido. Carmo (2005). B. Brusset (cit. in Marcelli e Braconnier, 2005) afirma que essa magreza extrema pode funcionar como um pedido de ajuda paradoxal junto da família, essencialmente dirigido à mãe. Ana revela durante a construção do seu genograma que a relação com a sua tem sido mais conflituosa desde o início dos sintomas da psicopatologia, sendo a comunicação mais difícil e menos eficaz. O envolvimento familiar no processo terapêutico é por isso não só aconselhado, mas fulcral durante o processo terapêutico.

A abordagem terapêutica a pacientes com anorexia deve ser tão abrangente e complexa como a psicopatologia em si. Segundo as normas da APA (2011), para o tratamento dos distúrbios alimentares, os objetivos principais do tratamento da anorexia são; o restabelecer de um peso considerado saudável e que não comprometa as funções vitais, o tratamento das sequelas físicas da doença, motivar o doente para uma participação ativa no seu processo terapêutico com a adoção de hábitos alimentares saudáveis e adesão ao projeto terapêutico, educar no sentido de adoção de padrões alimentares saudáveis, ajudar na perceção de si, dos seus sentimentos, atitudes e motivações levando a que o paciente procure um significado e um sentido para os seus conflitos e sentimentos, trabalhar condições psiquiátricas concomitantes como os problemas comportamentais, a baixa autoestima ou o controlo de impulsos e por último prevenir a recaída.

Todas as intervenções que recaem sob as jovens com anorexia deverão traduzir uma assistência multidisciplinar e plural na qual os esforços entre os vários profissionais são concertados segundo o superior interesse do jovem. A

reabilitação nutricional é um dos objetivos principais do internamento, tem por finalidade restabelecer o peso mínimo para as normais funções vitais e normalizar os padrões de alimentação, assim como corrigir as sequelas psicológicas da desnutrição. Nos primeiros dias de internamento é construído o plano terapêutico denominado “por etapas” no qual é pré-definido um “peso de alta” e onde vão sendo certas ações e atividades à medida que a recuperação do peso vai ocorrendo. As mesmas pretendem promover a autonomia dos pacientes e ser marcos de incentivo para obtenção dos resultados.

PLANO TERAPÊUTICO				
Etapas	DATA			
	Pesos			
Saída/Alta da Unidade	Kg			
Saída com Termo de Responsabilidade fora do HDE (L. Ensaio)	Kg			
Almogo Terapêutico	Kg			
Participo na Atividade física com esforço	Kg			
Saída ao exterior dentro do HDE (Profissionais e/ou Família) *	Kg			
Faço a cama	Kg			
Recebo visitas	Kg			
Atividade de culinária **	Kg			
Recebo chamadas telefônicas	Kg			
Faço chamadas telefônicas	Kg			
Peso Inicial	Kg			

Imagem 1 – Plano Terapêutico por etapas

Nesta fase o acompanhamento atento e rigoroso da dietista, fazendo planos de ingestão calórica adequados (300, 600 e 900 kcal/dia) com adição de suplementos e polivitamínicos e repouso mais rigorosos que vão até um máximo de 1h após as principais refeições para facilitar a absorção calórica. As pesagens são realizadas duas vezes por semana, após a primeira micção e a reavaliação analítica conforme as necessidades no mínimo de duas vezes por semana, com especial enfoque para o ionograma e função renal. As pesagens e alterações na dieta eram cuidadosamente geridas pela equipa multidisciplinar de forma a minimizar o impacto que as mesmas produziam na jovem, nomeadamente uma maior disponibilidade para a escuta ativa e para a relação. O projeto terapêutico instituído passou ainda por acompanhamento individual por pedopsiquiatra, psicólogo e enfermeiro de referência, psicoeducação, terapias de grupo e psicomotricidade. Neste serviço existe uma oferta

estruturada e ampla de atividades terapêuticas que Ana foi integrando na medida em que lhe foi sendo possível, quer pelo plano de etapas quer pelo feedback dos técnicos de saúde que a acompanharam. Segundo a literatura no acompanhamento psicossocial deve ser englobando terapia individual, integração em programas durante a hospitalização e terapia familiar concomitante, deverá ainda ser ponderada a integração em grupos de suporte à posteriori. (APA, 2011). A família não realizou propriamente terapia, mas existiam agendamentos de reuniões familiares nos quais os técnicos mediavam as interações à semelhança do que acontece numa sessão de terapia. O pai realizava visitas diárias à jovem e sempre que necessário, pertinente e possível era recebido pelos técnicos. Ana integrou sessões de terapias de grupo, e foi durante as sessões de terapia pelo cinema que me foi permitido realizar intervenções junto da jovem encontrando uma janela de oportunidade numa sessão específica na qual na discussão do filme a mesma escolhe uma imagem que relaciona com a adolescência e com as dificuldades que sentia relativamente a esta fase de desenvolvimento.

Imagem 2 – Imagem escolhida pela paciente identificada como representativa da adolescência



Quando questionada acerca dos significados da imagem que escolhera respondeu; “estas montanhas rochosas é como eu olho para a minha adolescência...é assustador e difícil...sinto que vou ter muitas dificuldades...”. Tentei entender o significado da estrada, solicitei ajuda da sua parte. “... é o caminho, o meu caminho...e lá à frente está o obstáculo”. Foi depois desta sessão que com o aval da minha orientadora e consentimento da jovem que

inicie a intervenção individual que desenvolverei mais adiante no decorrer deste trabalho.

A abordagem terapêutica passa ainda por um **adjuvante farmacológico**. Segundo Hay et al (2014), existem poucas evidências acerca da eficácia de agentes psicotrópicos no tratamento dos pacientes anorexia. Encontram-se sim benefícios na utilização de ansiolíticos ou antidepressivos para o alívio de sintomas, desde que utilizados com precaução. Também a APA (2011) defende que os SSRI (inibidores seletivos da captação da serotonina) podem ajudar durante a fase de manutenção do peso. A Ana foi medicada com sertralina (SSRI) 12,5mg ao pequeno-almoço e jantar. As benzodiazepinas foram solicitadas para ajudar a colmatar a ansiedade que manifestava face ao internamento em si, à sua situação de doença e agitação relacionada com a aproximação dos períodos das refeições, sendo que durante um curto período lhe foi administrado diazepam 5mg uma hora antes do almoço e jantar. Esporadicamente durante o início do internamento nesta unidade fez Olanzapina, num período de maior agitação com maior agressividade lactente tendo suspenso a mesma à posteriori.

1.1.6 – Formulação dos diagnósticos de Enfermagem: Problemas de Saúde Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem.

A formulação dos diagnósticos ocorreu tendo como ponto de partida as entrevistas de ajuda que foram levadas a cabo com a jovem, priorizando aqueles acerca dos quais incidiram as intervenções, com base nos problemas identificados durante o decorrer das mesmas.

1.1.6.1- Diagnósticos de Enfermagem segundo a Taxonomia NANDA.

a) Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais, definida como uma “ingestão de nutrientes insuficiente para satisfazer as necessidades metabólicas”, (pa.296, NANDA).

Caraterísticas definidoras; aversão a alimento, fragilidade capilar, interesse insuficiente pelos alimentos, peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal.

Fator relacionado; ingestão alimentar insuficiente.

Fatores de Risco/condições associadas; Transtorno psicológico.

Resultados NOC	Intervenções NIC
Comportamento de ganho de peso	Controle do distúrbio alimentar
Indicadores	Atividades
Identifica a causa da perda de peso. Estabelece metas alcançáveis de ganho de peso. Compromete-se com um plano de alimentação saudável. Mantém equilíbrio hídrico Utiliza suplementos vitamínicos /minerais Utiliza suplementos nutricionais	Colaborar com outros membros da equipe de saúde no desenvolvimento de um plano de tratamento; envolver paciente e/ou outras pessoas importantes, conforme apropriado Reunir-se com a equipe e o paciente para estabelecer um peso-alvo se o paciente estiver fora da variação recomendada para sua idade e estatura Observar o paciente durante e após as refeições/lanches para garantir que a ingestão adequada foi alcançada e mantida. Acompanhar o paciente até ao WC durante os períodos designados de observação após as refeições/lanches
Conhecimento: Controle do distúrbio alimentar	
<i>Indicadores</i>	
Ingestão de calorias apropriadas para as necessidades metabólicas. Ingestão de nutrientes apropriadas para as necessidades individuais. Estratégias para promover autoestima	Limitar o tempo gasto pelo paciente no banheiro durante os períodos em que não estiver sob observação Monitorar os comportamentos apresentados pelo paciente relacionados

Estratégias para promover a imagem corporal.	à alimentação, perda e ganho de peso
Características das relações de apoio.	Auxiliar o paciente a desenvolver uma autoestima que seja compatível com um peso corporal saudável

c) **Baixa autoestima situacional**, definida por “desenvolvimento de percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual”. (pág. 525, NANDA 2018-2020)

Características definidoras: verbalizações negativas, subestima a capacidade de lidar com a situação. Verificou-se como um discurso comum e habitual na Ana, diminuindo-se perante pares e familiares no que respeita à inteligência e capacidades académicas, “tenho de estudar todos os dias ... porque não tenho as mesmas capacidades do que o meu irmão ou do que alguns colegas, se quero ter notas boas...tenho de estudar todos os dias...”, “sinto que falhei...não sei se sou forte o suficiente...”.

Fatores relacionados: alteração da imagem corporal, diminuição de controlo sobre o ambiente, reconhecimento inadequado.

Fatores de Risco/condições associadas: Transição de desenvolvimento

Resultados NOC	Intervenções NIC
Resiliência pessoal	Melhoria do desenvolvimento adolescente
<i>Indicadores</i>	<i>Atividades</i>
Verbaliza perspetiva positiva. Expressa emoção Exibe autoestima positiva. Pesa alternativa para a resolução de problemas.	Construir uma relação de confiança com o(a) adolescente e seus cuidadores. Encorajar o(a) adolescente a estar ativamente envolvido(a) nas decisões sobre sua própria saúde. Discutir com adolescentes e cuidadores

Verbaliza disponibilidade para aprender. Busca apoio emocional. Utiliza recursos educacionais e grupos vocacionais.	os marcos do desenvolvimento normais e comportamentos associados.
Autopercepção	Melhoria da autopercepção
<i>Indicadores</i>	<i>Atividades</i>
Reconhece capacidades e limitações físicos pessoais. Reconhece capacidades e limitações emocionais pessoais. Reconhece capacidades e limitações mentais pessoais. Mantém a percepção dos pensamentos. Mantém a percepção dos sentimentos. Reflete sobre os pensamentos para descoberta pessoal. Reflete sobre os sentimentos para descoberta pessoal. Lembra de si mesmo no passado. Imagina-se no futuro.	Incorajar o paciente a reconhecer e discutir pensamentos e sentimentos Auxiliar o paciente a perceber que cada pessoa é única. Compartilhar observações ou pensamentos sobre o comportamento ou resposta do paciente Facilitar a identificação dos padrões de resposta usuais a diversas situações pelo paciente. Auxiliar o paciente a identificar as prioridades da vida. Auxiliar o paciente a identificar o impacto da doença sobre o autoconceito. Auxiliar o paciente/família a identificar motivos para melhorar Auxiliar o paciente a identificar habilidades, estilos de aprendizado Auxiliar o paciente a reexaminar as percepções negativas de si mesmo Auxiliar o paciente a identificar a fonte de

	motivação
Resultados NOC	Intervenções NIC
Autoestima	Melhoria da autoestima Controle do humor Escuta ativa
<i>Indicadores</i>	<i>Atividades</i>
Verbalização da autoaceitação. Equilíbrio entre participação e escuta nos Aceitação de autolimitações. Descrição de si mesmo. Aceitação de crítica construtiva. Sentimentos sobre autovalorização. Comunicação franca.	Estabelecer o propósito da interação Mostrar interesse pelo paciente Usar perguntas ou declarações para encorajar a expressão de pensamentos, sentimentos e preocupações Auxiliar na identificação dos recursos disponíveis e pontos fortes/habilidades pessoais que podem ser usados para modificar os fatores precipitantes de humor disfuncional Ensinar novas habilidades de enfrentamento e resolução de problemas. Incentivar o paciente, até onde ele tolerar, a participar de interações sociais e atividades com os outros Promover habilidades sociais e/ou treinamento de assertividade, conforme necessário

d) **Distúrbio na imagem corporal**, este diagnóstico surge definido como “confusão na imagem mental do seu eu físico” (P.530, NANDA 2018-2020).

Características definidoras; manifesta-se por alteração na autopercepção, evitar tocar e olhar o próprio corpo, percepções que refletem uma visão alterada da aparência do corpo.

Fatores relacionados/população de risco; alteração da autopercepção/transição de desenvolvimento.

Resultados NOC	Intervenções NIC
Imagem corporal	Melhoria da autoimagem Melhoria da autoestima Melhoria da autopercepção
<i>Indicadores</i>	<i>Atividades</i>
Imagem de si mesmo Coerência entre a realidade do corpo, o ideal do corpo e a apresentação do corpo. Satisfação com a função corporal. Satisfação com a aparência do corpo	Auxiliar o paciente a discutir mudanças causadas pela puberdade, conforme apropriado Determinar as expectativas do paciente quanto à imagem corporal com base no estágio de desenvolvimento Monitorar a frequência das declarações de autocrítica Determinar as expectativas do paciente quanto à imagem corporal com base no estágio de desenvolvimento

2 - Intervenção

2.1 Relação Terapêutica e desenvolvimento dos cuidados.

Como forma a dar resposta aos objetivos da intervenção proposta, foi fundamental priorizar a construção de uma relação terapêutica sendo este um processo em si e não apenas um fim. Segundo Chalifour (2008) o Cliente e o Interveniente são os principais autores desta relação, neste caso concreto o interveniente surge como um facilitador para que o cliente perceção gradualmente o seu estado de saúde, as suas respostas biológicas, fisiológica, que descubra e fortaleça as suas linhas de resistência internas. A relação terapêutica estabeleceu-se num prazo aproximado de 6 semanas, numa fase inicial respeitando os espaços e tempos de Ana, que inicialmente não demonstrava disponibilidade para a aproximação dos técnicos. Não será possível a descrição de todos os momentos, mas seguindo a ordem esquemática de Chalifour (2008), a intervenção será dividida em três fases.

Durante a **fase de orientação** (1ª fase) foi favorecido um clima de confiança e esclarecimento dos papéis e contrato terapêutico. Ainda que a interação diária se tenha iniciado nos momentos nos quais decorreriam as atividades de vida diária e atividades psicoterapêuticas, o momento efetivo da intervenção ocorreu após a sessão de terapia pelo cinema, na qual a jovem, fez uma comparação da sua adolescência com uma imagem de montanhas, atribuindo às mesmas o significado de um período cheio de obstáculos e momentos difíceis. Devido ao horário preenchido e organizado inerente às rotinas do serviço, foi acordado que os nossos encontros de intervenção individual ocorressem nos períodos destinados aos repousos pós refeições. A proposta foi bem recebida pela jovem, sendo que assumiu o compromisso com aparente vontade e motivação. Seguiu-se a **fase de trabalho** (2ª fase) propriamente dita, foi utilizado o mediador fotografia (imagem 2) para esclarecer o conceito de adolescência, os significados e significâncias, assim como as dificuldades identificadas pela jovem.

Perspetivou a adolescência como um caminho sinuoso cheio de obstáculos, referiu que a assustava ter de crescer e desenvolver formas femininas de mulher, acrescentou ainda a assustava muito o marco da menarca, porque

sentia vergonha e era algo que não controlava. Tentamos desconstruir as visões negativas deste processo e focar nas vivências que Ana considera-se positivas, nomeadamente a autonomia e a independência. Ao abordarmos o motivo de internamento e a doença em si, Ana caracterizou a doença como uma força obscura que por vezes a dominava; "...é como se sentisse uma força negra que não me deixa estar bem...na verdade...é uma luta entre a força uma força boa e outra força má...". Questionei onde ficava ela Ana, no meio dessas lutas, não respondeu verbalmente, encolheu os ombros e recolheu-se no silêncio. Através de uma analogia aos filmes da "Guerra das Estrelas" nos quais até os guerreiros mais intrépidos receiam o lado negro da força, receiam sucumbir a ela...que armas teria Ana para fazer frente a esta ameaça? Não sabíamos, mas encetamos aqui um percurso de descoberta dessas armas (ainda) secretas, contratualizamos cinco.

Nesta primeira sessão senti que Ana teria dificuldade em aceder a si, sentiu-se uma grande resistência em focar uma única característica positiva, fazendo por diversas vezes referência a autocritica e a localizar as suas forças e estratégias fora de si, nomeadamente na relação com o pai. Como característica positiva acabou por salientar a sua persistência, nomeadamente para alcançar aquilo a que se propões. Comparou-se com o irmão... "ele é muito inteligente não precisa de se esforçar para nada...eu sou o contrário tenho que trabalhar muito para conseguir o mesmo do que ele." Revelou ter o seu horário muito organizado entre estudos e práticas desportivas de competição, muito pouco flexível para alterações na rotina. Após alguma circularidade no discurso senti a necessidade de recorrer a algum mediador que não despendesse gasto calórico e que cumprisse o requisito do repouso, assim optamos pela colagem e escolha de imagens. Definimos ainda um objetivo quantitativo de alcançar

Durante as restantes sessões fomos moldando este caminho através das imagens escolhidas, iniciamos o caminho pela realização do genograma e de um ecomapa (anteriormente apresentados). Olhou para as suas relações familiares representadas por si, na qual fez questão de reforçar a relação com o pai. Enfatiza esta relação como a pedra basilar da sua força e da sua vida, o fâcies e a postura corporal estão em concordância com as suas palavras.

Reporta-se à mãe como alguém que não sabe reagir de outra forma à sua doença, "...eu sei que é por medo, por não entender, talvez por ter medo de me perder ..., mas a forma como me tenta obrigar a comer deixa-me muito triste, discutimos muitas vezes".

As sessões desenvolvem-se com uma disponibilidade contínua da jovem, ainda que existam sessões mais difíceis, com mais silêncios e uma maior labilidade emocional. Esta labilidade ocorre maioritariamente nos dias de pesagem durante os quais Ana se debate com a dicotomia de chegar ao peso de alta e sentir-se a engordar. Importou aqui desmistificar o aumento de peso como peso orgânico e vital e não como aumento de gordura corporal. Não senti nunca no discurso da jovem alteração da imagem corporal, sendo que a mesma atribuiu o desejo de magreza à prática de ginástica de competição. Não obstante tive a oportunidade de ter uma sessão com o pai, foi este que acaba por me revelar a obsessão de Ana relativamente à dimensão do ventre, receio este que a mesma já lhe tinha confessado durante o internamento.

O pai corroborou ainda a evolução da doença percebida por si, houve tempo e espaço para também o pai pudesse expor os seus sentimentos, as suas dúvidas e receios, começou por dizer-me "...eu também estou internado...". Senti que seria pertinente uma intervenção familiar sistémica, mas não sendo nestas condições possível, considero que a entrevista familiar levada a cabo foi uma mais-valia para o entendimento mais holístico de toda a problemática, para criar o espaço para que este pai, a força motriz de Ana, pudesse também ele pedir ajuda. Foi reforçada a importância de um seguimento e de uma vigilância cuidada num momento pós alta, assim como o atingir o peso de alta não significar o término da doença.

No decorrer deste percurso entende-se que Ana tem o desejo de se conhecer a si própria, de soltar as amarras que a prendem às suas próprias características de controlo e perfeccionismo. Revela que conhece pouco de si e que deveria conhecer-se mais, demonstrar quem é, "...sem máscaras, chorar quando estou triste em vez de sorrir", deseja entrar em contacto com os seus sentimentos e aprender a viver consigo. Ressalta ainda como benefício do internamento o poder olhar para si, cuidar de si, refletir e sentir, algo que nunca se tinha

permitido até então. Criou numa folha A3 (anexo 1) uma serie de imagens sobrepostas com frases espalhadas que me foi ordenando, assim nasce esta construção íntima de si através das minhas mãos, por não poder movimentar as suas. Foi uma dança entre nós, de energias e personalidades tão díspares, mas que lograram um equilíbrio neste encontro com benefícios para ambas as partes. Projetou planos para o futuro, chorou, riu e refletiu ... por vezes durante dias. Foi um espaço e um tempo que acredito possa ter auxiliado o seu projeto terapêutico.

Ainda que o projeto terapêutico de Ana permitisse continuar a intervenção, chegáramos ao fim deste caminho conjunto, a terceira etapa, e foi necessário encerrar as nossas sessões, o feedback de Ana foi bastante positivo. Por me serem difíceis as despedidas muni-me de um mediador, um texto retirado do livro “Príncipezinho” de Saint Exupéry, (anexo 2) que Ana desconhecia, repleto de simbolismos e baseado na autenticidade das relações.

2.2 Avaliação dos resultados.

À data da conclusão da intervenção, o projeto terapêutico de Ana está longe de ser concluído, no entanto há a salientar alguns resultados positivos. Ana expressou sentimentos e emoções, verbalizou e demonstrou vontade e disponibilidade para se conhecer melhor, entrando em contacto consigo própria.

Existiu uma procura de apoio emocional e participou com crítica nos grupos e atividades terapêuticas que foi integrando. Revê-se no passado com crítica mantendo sentimentos de zanga e culpa dirigida a si própria verbalizando o abandono da equipa de ginástica “... sinto que as deixei ficar mal, depois de tanto trabalho, nem sei se vão poder competir, sinto-me culpada”. Conotou os nossos encontros de forma positiva e encontrando espaço para se expressar de forma emotiva. “... gosto destes momentos, sinto que é bom, que me ajudam a refletir, penso em coisas que nunca tinha pensado”.

Consegue verbalizar sentimentos dicotómicos relativamente ao aumento de peso verificado durante o internamento, foi importante o desconstruir desse sentimento e no final, ainda que lhe gerasse desconforto era notório o enfoque

positivo relativamente à satisfação na melhoria da função corporal; "...na verdade já me sinto com mais energia, mais bem-disposta, não tenho tanto frio, isso é bom...". Cumpre as prescrições e as ingestões calóricas com alguma negociação dos alimentos ingeridos, utiliza os suplementos prescritos e cumpre ingestão hídrica.

Apresentou ainda com alguma dificuldade e indefinição projeções para o futuro. Mostrou-se muito angustiada com a impossibilidade de prática de ginástica após alta. Tentamos explorar outros interesses, apresentou alguns, mas revela chorosa que se define pela prática de ginástica de competição. "...tem sido a minha vida, e a forma como me sinto... (chora compulsivamente e seguem-se silêncios) ...não imagino a minha vida sem isto, adoro, faz-me sentir tão bem.". Interesse-me mais acerca desta prática. Descreve-me que as equipas funcionam em trios e que ela é a base da pirâmide, o apoio. Tento que reflitamos acerca desta posição e do seu significado, dos sentimentos e sensações que lhe provocam.

Observa-se uma individualização progressiva e um foco para si mesma, para as suas potencialidades e características, diferenciando-se a cada sessão do subsistema pai-filha como a única força motriz que reconhece na sua vida, mantém uma comunicação franca e assertiva demonstrando vontade no seu crescimento e autoconhecimento. Foi apresentando de forma gradual uma postura mais descontraída e confiante, com participação ativa nas sessões de grupo.

Os objetivos principais da intervenção contratualizada foram cumpridos, a relação terapêutica estabelecida foi vinculativa para todo o processo, num contexto diferente poderia esta intervenção ser alargada no tempo e incidir com maior prevalência no distúrbio da imagem corporal e no conhecimento da doença.

2 - Considerações Finais

O caso de Ana espelha uma situação complexa de uma jovem no início da adolescência que se debate com inúmeras dificuldades de adaptação ao seu novo ciclo de vida. A própria família entra assim numa nova etapa do ciclo de vida familiar e urge uma adaptação a novas exigências e realidades.

A perturbação alimentar de que a jovem padece é verdadeiramente complexa e com uma abordagem multidisciplinar concertada e atenta. Foi para mim uma temática desafiante e acerca da qual senti necessidade de pesquisa e estudo. Mais desafiante foi ainda a intervenção individual que propus junto de Ana. Foi através de o estabelecimento de uma relação terapêutica com um contrato pré-estabelecido que fizemos este percurso conjunto. Percurso este que teve como rampa de lançamento na ótica de Enfermagem a Teoria de Sistemas de Betty Neuman, com enfoque nas linhas de defesa, na sua consolidação e descoberta. Para a avaliação de todo o caso mobilizou-se a construção de diagnósticos de enfermagem pela taxonomia NANDA e foi realizado uma avaliação do estado mental.

Foi necessário também um acompanhamento constante e diário das outras atividades sejam de vida ou psicoterapêuticas para um entendimento mais holístico e individualizado de toda a situação, foi tida ainda em linha da conta os relatos do pai acerca de Ana e das vivências da família neste processo de doença.

No final da intervenção puderam ser verificados resultados decorrentes não só desta intervenção individual, mas de todo o acompanhamento multidisciplinar, foi deveras enriquecedor cada uma destas sessões, um desafio constante dos equilíbrios da palavra e dos silêncios, dos discursos e das mensagens, da dança entre o crescimento do outro e a procura do EU terapeuta.

Foi um processo de crescimento, de aquisição de competências e de autoconhecimento conjunto, fui-me encontrando no percurso de Ana e crescendo com ela neste caminho que se revelou complexo, dinâmico, exigente, mas sobretudo muito rico numa perspetiva quer técnica quer humana

4 – Referências

- American Psychiatric Association. (2011). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. Washinton, DC.
- American Psyquiatic Association. (2013). *DSM -5*. Washinton, DC: Amarican Psychiatric Publishing.
- Chalifour, J. (2002). *A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda (volume 1)*. Loures: Lusodidata.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica :Estratégias de Intervenção (volume 2)*. Loures: Lusodidacta.
- Enfermeiros, O. d. (2005). Código Deontológico dos Enfermeiros.
- Galdeano LE, R. L. (2003, maio-junho). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista latino-americana de enfermagem*, pp. 371-375.
- Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., . . . Ward, W. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelineWebinar – Enfermagem da Criança e do Jovem em situação de Urgência/Emergência, realizado no dia 22 de Junho de 2021,s for treating eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, pp. 1-62.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model 5ªed*. USA: Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Sampaio, D. (2008). *Vivemos livres numa prisão*. Lisboa: Editorial Caminho.

Yager, J., Devlin, M. J., HAlmi, K. A., Herzog, D. B., III, J. E., Powers, P., & Zerbe, K. J. (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients whith eating disorders. *APA*, pp. 1-89.

**ANEXO do Estudo de Caso – A prosódica da despedida
– encerrando a relação terapêutica**

In “O Príncipezinho”

“Antoine de Saint-Exupéry: E foi então que apareceu a raposa. “

“E foi então que apareceu a raposa.

___ Bom dia - disse a raposa.

___ Bom dia - respondeu educadamente o pequeno príncipe, que, olhando a sua volta, nada viu.

___ eu estou aqui - disse a voz, debaixo da macieira...

___ . Quem és tu? - perguntou o príncipezinho. ___ tu és bem bonita...

___ sou uma raposa - disse a raposa.

___ vem brincar comigo - propôs ele. ___ estou tão triste...

___ eu não posso brincar contigo - disse a raposa. ___ Não me cativaram ainda.

___ Ah! desculpa - disse o príncipezinho.

Mas após refletir, acrescentou:

___ O que quer dizer "cativar"?

___ tu não és daqui - disse a raposa. ___ que procuras?

___ procuro homens - disse o pequeno príncipe. ___ Que quer dizer "cativar"?

___ os homens - disse a raposa - têm fuzis e caçam. É assustador! Criam galinhas também. É a única coisa que fazem de interessante. Tu procuras galinhas?

___ Não - disse o príncipe. ___ eu procuro amigos. ___ Que quer dizer "cativar"?

___ . É algo quase sempre esquecido - disse a raposa. ___ significa "criar laços"...

___ criar laços?

___ exatamente - disse a raposa. ___ tu não és nada para mim senão um garoto inteiramente igual a cem mil outros garotos. E Não tenho necessidade de ti. E tu também não tem necessidade de mim. Não passo a teus olhos de uma raposa igual a cem mil outras raposas. Mas, se tu me cativas, nós teremos necessidade um do outro. Serás para mim único no mundo. Eu serei para ti única no mundo...

___ começo a compreender - disse o pequeno príncipe. ___ existe uma flor... eu creio que ela me cativou...

___ é possível - disse a raposa. ___ vê-se tanta coisa na Terra...

___ oh! não foi na Terra - disse o príncipezinho.

A raposa pareceu intrigada:

___ num outro planeta?

___ sim.

___ há caçadores nesse outro planeta?

___ Não.

___ que bom! E galinhas?

___ também não

___ nada é perfeito - suspirou a raposa.

Mas a raposa retornou a seu raciocínio.

___ a minha vida é monótona. Eu caço as galinhas e os homens me caçam. Todas as galinhas se parecem e todos os homens também. E isso me incomoda um pouco. Mas se tu me cativas, minha vida será como que cheia de sol. Conhecerei um barulho de passos que será diferente dos outros. Os outros passos me fazem entrar debaixo da terra. Os teus me chamarão para fora da toca, como se fosse música. E depois, olha! Vês, lá longe, os campos de trigo? Eu não como pão. O trigo para mim não vale nada. Os campos de trigo não me lembram coisa alguma. E isso é triste! Mas tu tens cabelos dourados. Então será maravilhoso quando me tiveres cativado. O trigo, que é dourado, fará com que eu me lembre de ti. E eu amarei o barulho do vento no trigo... A raposa calou-se e observou por muito tempo o príncipe:

___ por favor... cativa-me! -disse ela.

___ eu até gostaria -disse o príncipezinho -, mas não tenho muito tempo. Tenho amigos a descobrir e muitas coisas a conhecer.

___ A gente só conhece bem as coisas que cativou -disse a raposa. ___ os homens não têm mais tempo de conhecer coisa alguma. Compram tudo já pronto nas lojas. Mas como não existem lojas de amigos, os homens não têm mais amigos. Se tu queres um amigo, cativa-me!

___ O que é preciso fazer? -perguntou o pequeno príncipe.

___ é preciso ser paciente -respondeu a raposa. ___ tu te sentarás primeiro um pouco longe de mim, assim, na relva. E te olharei com o canto do olho e tu não dirás nada. A linguagem é uma fonte de mal-entendidos. Mas, cada dia, te sentarás um pouco mais perto...

No dia seguinte o príncipe voltou.

___ teria sido melhor se voltasses à mesma hora -disse a raposa. ___ se tu vens, por exemplo, às quatro da tarde, desde as três eu começarei a ser feliz! Quanto mais a hora for chegando, mais eu me sentirei feliz. Às quatro horas, então, estarei inquieta e agitada: descobrirei o preço da felicidade! Mas se tu vens a qualquer momento, nunca saberei a hora de preparar meu coração... é preciso que haja um ritual.

___ Que é um "ritual"? -perguntou o príncipezinho.

___ é uma coisa muito esquecida também -disse a raposa. ___ é o que faz com que um dia seja diferente dos outros dias; uma hora, das outras horas. Os meus caçadores, por exemplo, adoram um ritual. Dançam na quinta-feira com as moças da aldeia. A quinta-feira é então o dia maravilhoso! Vou passear até à vinha. Se os caçadores dançassem em qualquer dia, os dias seriam todos iguais, e eu nunca teria férias!

Assim o pequeno príncipe cativou a raposa. Mas, quando chegou a hora da partida, a raposa disse:

___ *Ah! Eu vou chorar.*

___ *A culpa é tua -disse o príncipezinho. ___ eu não queria te fazer mal; mas tu quiseste que eu te cativasse...*

___ *quis -disse a raposa.*

___ *mas tu vais chorar! -disse ele.*

___ *vou - disse a raposa.*

___ *então não terás ganho nada!*

___ *terei, sim - disse a raposa ___ por causa da cor do trigo.*

Depois ela acrescentou:

___ *vai rever as rosas. Assim, compreenderá que a tua é a única no mundo. Tu voltarás para me dizer adeus, e eu te presentearei com um segredo.*

O pequeno príncipe foi rever as rosas:

___ *vós não sois absolutamente iguais à minha rosa, vós não sois nada ainda. Ninguém ainda vos cativou, nem cativaste ninguém. Sois como era a minha raposa. Era uma raposa igual a cem mil outras. Mas eu a tornei minha amiga. Agora ela é única no mundo.*

E as rosas ficaram desapontadas.

___ *Sóis belas, mas vazias -continuou ele. ___ Não se pode morrer por vós. Um passante qualquer sem dúvida pensaria que a minha rosa se parece convosco. Ela sozinha é, porém, mas importante que todas vós, pois foi ela quem eu reguei. Foi ela quem pus sob a redoma. Foi ela quem abriguei com o para-vento. Foi nela que eu matei as larvas (exceto duas ou três por causa das borboletas). Foi ela quem eu escutei queixar-se ou gabar-se, ou mesmo calar-se algumas vezes. Já que ela é a minha rosa.*

E voltou, então, à raposa:

___ *Adeus... -disse ele.*

___ *Adeus -disse a raposa. ___ eis o meu segredo. É muito simples: só se vê bem com o coração. O essencial é invisível aos olhos.*

___ *O essencial é invisível aos olhos -repetiu o príncipezinho, para não esquecer.*

___ *foi o tempo que perdeste com tua rosa que a fez tão importante.*

___ *foi o tempo que eu perdi com a minha rosa... -repetiu ele, para não esquecer.*

___ *os homens esqueceram essa verdade -disse ainda a raposa. ___ mas tu não a deves esquecer. Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas. Tu és responsável pela tua rosa...*

___ *eu sou responsável pela minha rosa... -repetiu o príncipezinho, para não esquecer.*
“Antoine de Saint-Exupéry

**APÊNDICE 7 - AVALIAÇÃO DOS INDICADORES NOC NA INTERVENÇÃO
INDIVIDUAL – CONTEXTO HOSPITALAR**

	Intervenção					
	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Indicadores	Comportamento de ganho de peso					
Identifica a causa da perda de peso	1	1	2	2	2	3
Estabelece metas alcançáveis de ganho de peso	2	3	3	4	4	4
Compromete-se com um plano de alimentação	3	4	5	5	4	5
Mantém equilíbrio hídrico	4	4	4	4	4	4
Utiliza suplementos vitamínicos minerais	4	5	5	5	5	5
Utiliza suplementos nutricionais	4	5	5	5	5	5
	Controle do distúrbio alimentar					
Ingestão de calorias apropriadas para as necessidades metabólicas	3	4	4	4	4	4
Ingestão de nutrientes apropriados para as necessidades individuais	4	5	5	5	5	5
	Resiliência pessoal					
Verbaliza perspectiva positiva	2	3	4	3	4	4
Expressa emoção	3	3	4	4	5	5
Pesa alternativa para resolução de problemas	2	2	3	3	4	4
Busca apoio emocional	3	3	4	4	4	4
Utiliza recursos educacionais e grupos vocacionais	3	3	4	4	5	5
	Imagem corporal					
Satisfação com a aparência corporal	1	2	3	3	2	3
Satisfação com a função corporal	2	2	3	3	3	3
Imagem de si mesmo	1	1	2	2	1	2
	Autoconceito					
Reconhece capacidades e limitações físicas	3	3	3	3	3	3
Reconhece capacidades e limitações emocionais	3	3	3	3	3	4
Reflete sobre os pensamentos	2	4	4	4	4	4
Mantém percepção dos pensamentos/sentimentos	3	3	3	3	3	3
Lembra-se de si mesmo no passado	3	3	3	5	5	4
Imagina-se no futuro	3	3	2	3	3	3
	Autoestima					
Verbalização da autoaceitação	2	3	3	3	3	3
Aceitação de autolimitações	2	3	4	3	3	3
Descrição de si mesmo	1	2	3	2	3	4
Aceitação da crítica construtiva	2	2	3	3	4	4
Sentimentos sobre autovalorização	1	2	1	2	3	3
Comunicação franca	3	3	4	3	3	4

Escala utilizada na tabela tipo likert (1 a 5):

- 1 – Nunca positivo
- 2 – Raramente positivo
- 3 – Às vezes positivo
- 4 – Muitas vezes positivo
- 5 – Consistentemente positivo

Sessão	I	II	III	IV	V	VI	Min	Máx	Méd	Soma	D.Pad
Comportamento de ganho de peso	18	22	24	25	24	26	18	26	23	139	2,858
Controle do distúrbio alimentar	7	9	9	9	9	9	7	9	9	52	0,816
Resiliência pessoal	13	14	19	18	22	22	13	22	18	108	3,847
Imagem corporal	4	5	8	8	6	8	4	8	7	39	1,761
Autoconceito	17	19	18	21	21	21	17	21	20	117	1,761
Autoestima	11	15	18	16	19	21	11	21	17	100	3,502

Figura 7 - Resultados das sessões individuais por indicadores de resultado NOC

APÊNDICE 8 - INTERVENÇÕES DE GRUPO EM CONTEXTO HOSPITALAR

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM COM O MEDIADOR CINEMA

– Intervenções de Grupo no contexto hospitalar

As Sessões

Sessão nº1 “Trabalhando as Emoções”



Título: Divertidamente: O filme

Data: 11 de outubro de 2019

Participantes: Jovens internados no internamento de pedopsiquiatria do Hospital

Duração da Sessão: 140min

Objetivo: No final da atividade pretende-se que os formandos reflitam sobre o papel das emoções na sua vivência.

Guião para discussão da sessão nº1:

1. Indagar se a visualização do filme foi do agrado dos participantes.
2. Qual a mensagem principal do filme
3. O que acontece à Riley enquanto cresce.
4. O que se passou com a menina quando tentou suprimir a tristeza.
5. Que importância tem a memória e o esquecimento na nossa evolução.
6. Qual o papel das emoções abordadas no filme?
7. Que outras emoções conhecem?

Plano de sessão

Etapa	Objetivo	Descrição da atividade	Recursos	Duração
Apresentação	Apresentação da Intervenção fazendo referência dos principais conceitos e Objetivos	Partilhar/fornecer informação relativa aos principais fundamentos nos quais se baseia a atividade em questão.	Enfermeiros	5min
Visualização do filme	Promover a reflexão acerca de emoções passadas e/ou presentes Acentuar a tónica do momento presente com a tomada de consciência de si no “aqui e agora” e das Emoções Promover o insight e a aceitação de si e das suas emoções.	Visualização do filme mediando possíveis intercorrências do grupo durante a mesma.	Enfermeiros Filme Projektor Computador	
Discussão da Mensagem	Promover o insight e a aceitação de si e das suas emoções Acentuar a tónica do momento presente com a tomada de consciência de si no “aqui e agora” e das Emoções	Num ambiente de confiança e aceitação promover uma livre circulação de ideias acerca das mensagens principais retidas após a visualização do filme.	Enfermeiros Guião de partilha de ideias	20min
Encerramento	Encerrar a sessão e fazer a ponte para a sessão seguinte	Realizar um resumo com as principais ideias debatidas.	Enfermeiros	5min

Avaliação da sessão nº1 - Partilha de grupo (sumula)

I.; 13 Anos - Refere que gostou do filme, tendo desta segunda vez tido uma nova ideia do mesmo, refere que o mesmo lhe deixa a sensação que “vai ficar tudo bem”, “que todas as emoções são importantes.

Classifica o filme como importante. Utilizando a metáfora do filme diz “estamos aqui para que nos arranjem também painel de controlo”

2 A. 14 A - Durante a partilha, bastante participativa com boa crítica e pensamento metafórico, diz ter apreendido o filme de uma forma diferente desta vez, fazendo a ponte afirma que foi durante o internamento que se permitiu sentir e “deixar de ter vergonha dos seus sentimentos”, colocou ainda a tónica desta mudança em duas jovens aqui internadas com processo de identificação associado e facilitador da sua autoaceitação. Utiliza a palavra reflexivo para descrever o filme.

3 M.15A - Manteve-se atenta na atividade. Durante a partilha e visualização do filme, com humor eutímico, disponível. A personagem principal do filme foi mobilizada para a reflexão. A M. afirma que “antes não demonstrava o que sentia, tinha uma máscara”, concorda com o facto de termos de trabalhar emoções.

4 B.12A - Inicialmente atenta, mas com fácies por vezes apreensivo, a dada altura pediu para ir para o puff e terá adormecido por períodos. Durante a partilha refere considerar importante a identificação das emoções, teve um processo de identificação com o personagem principal. Descreveu-se como pensa

Os meus sentires enquanto co-terapeuta. – Sessão nº1

Nesta primeira sessão senti a motivação dos jovens para a visualização desde filme como muito heterogénea no grupo, maioritariamente verbalizada ou demonstrada por expressões não verbais algum descontentamento por se tratar de um filme de animação. Grande parte dos jovens já teria assistido ao mesmo durante a sua infância, foi-lhes pedido que voltassem hoje a ver o mesmo com uma maturidade maior e uma compreensão diferente.

Assim, durante a visualização do filme o grupo mostrou-se na sua maioria interessado e atento. Alguns elementos demonstraram desconforto no não verbal com movimentos contínuos e alguma inquietação. F. iniciou queixas súbitas de cefaleias e pediu para se retirar, não entendi no momento a oportunidade de intervenção individual passível de existir nestes momentos, no entanto a minha enfermeira orientadora acompanhou o jovem e questionou-o acerca da origem das cefaleias, indagou então se a mesma se instalara após reflexão acerca de temas difíceis para ele, ao que o jovem não afirmou nem negou. Entendi que este tipo de sessões grupais pode despoletar reações muito dispare nos utentes, sendo muitas das mesmas passíveis de ser trabalhadas a título individual e à posteriori.

Enquanto integrante desta intervenção pela primeira vez como co-terapeuta, senti dificuldade em digerir de imediato e devolver de forma atempada aos jovens os significados e as ressonâncias daquilo que estava a ser transmitido. A experiência e ação da minha enfermeira orientadora, assim como as intervenções da minha colega foram de extrema importância para que pudesse integrar a discussão de forma mais consciente e dinâmica. Estive demasiada contida e preocupada em seguir o guião previamente preparado e poderei ter “deixado cair” algumas frases muito pertinentes para o processo terapêutico de cada um dos utentes ali presentes. Foi essencialmente o desconforto e o medo de utilizar palavras de alguma forma mais lesiva que me impediram de ser mais expansiva. Estes receios e medos seriam trabalhados por mim nas semanas subsequente.

Sessão nº2 – “A perseverança e a superação”

Título: Billy Eliot

Data: outubro de 2019

Participantes: Jovens internados no internamento de pedopsiquiatria do Hospital

Duração da Sessão: 140min

Objetivo: No final da atividade pretende-se que reflitam acerca do crescer e ser-se bem-sucedido num meio adverso, discussão acerca do conceito de resiliência

Guião para discussão da sessão nº2

1. O que pensam da relação entre o Billy e o pai?
2. Qual o papel da arte na vida de Billy? (abordar a expressão pela arte e as suas potencialidades para o Billy e no geral).
3. Que características encontram na personalidade de Billy?
4. Qual o principal conflito ao longo de todo o filme? (a escolha pelo conformismo aos valores tradicionais da família em oposição à procura pelo cumprimento dos sonhos do indivíduo)?
5. Qual o papel das condições sociais na relação pai-filho e nas escolhas de Billy?

Plano de sessão

Etapa	Objetivo	Descrição da atividade	Recursos	Duração
Apresentação	Apresentação da intervenção fazendo referência aos principais conceitos e Objetivos	Partilhar/fornecer informação relativa aos principais fundamentos nos quais se baseia a atividade em questão.	Enfermeiros	5min
Visualização do filme	Promover a reflexão sobre o conflito Parental Promover a reflexão sobre a resiliência apesar do conflito Refletir sobre o papel da arte como mecanismo de coping	Visualização do filme mediando possíveis intercorrências do grupo durante a mesma.	Enfermeiros Filme Projetor Computador	110 min
	Promover o papel do contexto socio-económico nas escolhas do indivíduo			
Discussão da Mensagem	Encorajar a expressão de sentimentos e Crenças Ensinar sobre a resiliência	Num ambiente de confiança e aceitação promover uma livre circulação de ideias acerca das mensagens principais retidas após a visualização do filme.	Enfermeiros Guião de partilha de ideias	20min
Encerramento	Promover a síntese do que foi discutido durante a sessão		Enfermeiros e grupo	5min

Avaliação da sessão nº 2- Partilha de grupo (sumula)

1 - M.S; 15 Anos - Partilha sem necessidade de incentivo diz-se inspirada por esta estória de superação, utiliza a palavra liberdade para as sensações vividas durante a visualização.

2- A. 14 A – Durante a partilha, participa sem necessidade de incentivo, expressa a persistência como aquela que melhor define a mensagem do filme. Fala ainda que a dança era algo tão natural em Billy que não exigia esforço. Foi reforçada necessidade de encontrarmos formas de expressão com as quais nos sintamos confortáveis.

3F.17 A – Comportamento provocador com linguagem homofóbica desadequada. Houve necessidade de adequação do comportamento da linguagem e comportamento. Diz não gostar deste tipo de filme.

. 4 B.12A– Inicialmente atenta, mas com fácies por vezes apreensivo, a dada altura pediu para ir para o puff e terá adormecido por períodos. Durante a partilha refere considerar importante a identificação das emoções, teve um processo de identificação com o personagem principal. Descreveu-se como pensa

OS meus sentires enquanto co-terapeuta;

Nesta segunda sessão parti de uma sensação de maior apaziguamento interno, maior disponibilidade para a imprevisibilidade e para devolver segundo os meus recursos e saberes. Tentei descentrar-me dos medos e receios que toldaram a minha intervenção anterior e visualizei o filme uma outra vez com abertura, tentando contaminar-me de forma positiva e sentindo também as ressonâncias que o mesmo tinha em mim. Cheguei mesmo a emocionar-me no final do filme, o que não tinha acontecido em casa aquando da visualização na semana anterior durante o processo de seleção.

O grupo tenso, alguns com fâcias ansioso, dificuldade no início da partilha em expressar sentimentos, no entanto com incentivo foram partilhando as suas leituras. Senti necessidade e acabei por também eu partilhar as minhas próprias ressonâncias, acentuando a tónica na dificuldade do protagonista em comunicar e em sentir de forma diferente dos restantes elementos da família. Talvez possa ter sido importante para um perspetivar diferente. Consegui ir devolvendo de forma ajustada e percebi que na ânsia de intervir tive dificuldade em respeitar os silêncios que se foram instalando, interrompendo-os, minimizando-os em vez de os tentar entender. Pareceu-me que a experiência fora emocionalmente densa para o grupo, mas que teria deixado questões em alguns dos jovens para que fossem podendo tentar dar resposta internamente com o passar do tempo. Após a sessão e discussão com os técnicos presentes decide-se a escolha de um filem emocionalmente menos denso para a próxima sessão.

Sessão nº 3 – “O Autoconceito e a Autoestima”



Título: “the D.U.F.F. – (Designated Ugly Fat Friend)”

Data: outubro de 2019

Participantes: Jovens internados no internamento de pedopsiquiatria do Hospital

Duração da Sessão: 140min

Objetivo: No final da atividade pretende-se que reflitam sobre a forma como são vistos e como se veem.

Guião para discussão da sessão nº3

1. Indagar se a visualização do filme foi do agrado dos participantes e de que forma o sentiram. – “O que vos pareceu este filme e o que vos fez sentir?”
2. Qual a mensagem principal do filme. – “O que vos parece ser a mensagem principal que aqui é passada?”
3. Que estratégias utilizou Bianca para fazer face aos problemas. Como lidou ela com o rótulo que lhe foi imposto, o que é esse rótulo a fez sentir?
4. Já se sentiram “rotulados” de alguma forma na vossa vida, o que é que isso vos fez sentir?
5. Qual a importância da forma como são vistos pelos outros e de que forma isso influencia a forma como se vêem a vocês próprios
6. Quais as vossas melhores características?

Plano de sessão nº3

Etapa	Objetivo	Descrição da atividade	Recursos	Duração
Apresentação	Apresentação da intervenção fazendo referência aos principais conceitos e Objetivos	Partilhar/fornecer informação relativa aos principais fundamentos nos quais se baseia a atividade em questão.	Enfermeiros	5min
	Promover a reflexão sobre a autoestima Promover a reflexão sobre o autoconceito			
Visualização do filme	Refletir sobre o processo de resolução de problemas Promover a existência do livre arbítrio nas escolhas do indivíduo	Visualização do filme mediando possíveis intercorrências do grupo durante a mesma.	Enfermeiros Filme Projetor Computador	110 min
Discussão da Mensagem	Encorajar a expressão de sentimentos e Crenças Ensinar sobre Autoconceito	Num ambiente de confiança e aceitação promover uma livre circulação de ideias acerca das mensagens principais retidas após a visualização do filme.	Enfermeiros Guião de partilha de ideias	20min

Avaliação da sessão nº3 (súmula de algumas partilhas)

1 – **I.; 13A** – Com crítica e insight para a importância do papel do próprio no seu autoconceito, assim como a importância no seu autoconceito.

2– **M.G; 15 A** – Apresenta um predomínio de locus de controle externo, afirma que o nosso autoconceito apenas melhora quando” alguém se interessa por nós”.

. 3– **L.C; 13 A** – Somatiza os sentimentos aquando da visualização, retira-se e mais tarde é abordada a questão e afirma que se identificou bastante com o personagem principal e que isso lhe provocou um grande desconforto.

4 - **J. 16 A** - Dificuldade na partilha, retrai-se com postura internalizante, mesmo quando incentivado não partilha, apenas verbaliza que não gostou muito e adota um comportamento hostil, que foi necessário pedir para adequar várias vezes durante a atividade.

5 – **F.17A** - Afirma que é um filme de “domingo à tarde”, “pop” e “coca-cola”. Tentamos desconstruir esses rótulos e desmistificar que não é pela riqueza cultural que os filmes são escolhidos, mas pelas potencialidades terapêuticas.

Os meus sentires enquanto co-terapeuta – Sessão nº3.

Ao iniciar esta sessão encontrava-me deveras expectante acerca das possíveis reações ao filme, sendo este um filme aparentemente ligeiro emocionalmente, receava que se diluísse e que fosse tido como meramente lúdico e que não tivesse impactos significativos no grupo. Após a visualização que aconteceu sem intercorrências e com manifestações posturais que me sugeriram interesse, os jovens receberam este filme de forma extremamente positiva e efusiva, tendo inclusive batido palmas no final do mesmo. Surgiram questões fulcrais como a autoestima, autoimagem e autoconceito numa forma de identificação positiva com a personagem principal, a maioria dos intervenientes conseguiu refletir acerca das suas próprias experiências e sentimentos. Foi notório que M. colocou a tónica da autoestima e do autoconceito fora de si, identificando a aprovação ou interesse dos outros em si. Por momentos senti-me um pouco zangada, talvez pela dificuldade de M. em aceder a si própria, tive consciência dessa zanga e tentei que a mesma não emergisse durante esta interação. Não contradisse, mas devolvi a si mesma e ao grupo sob a forma de questão várias afirmações que a mesma fez. O grupo reagiu de forma bastante adequada e respeitosa, mas contrapôs esta visão de M. pareceu-me pela sua postura que aquilo q terá incomodado. Foi passado para os técnicos para que a questão pudesse ser trabalhada em conjunto do seu enfermeiro de referência. Senti-me muito mais confortável e segura de mim durante esta intervenção, senti também bastante disponibilidade por parte do grupo o que poderá ter sido um fator facilitador.

Os meus sentires enquanto co-terapeuta – Sessão nº3.

Ao iniciar esta sessão encontrava-me deveras expectante acerca das possíveis reações ao filme, sendo este um filme aparentemente ligeiro emocionalmente, receava que se diluísse e que fosse tido como meramente lúdico e que não tivesse impactos significativos no grupo. Após a visualização que aconteceu sem intercorrências e com manifestações posturais que me sugeriram interesse, os jovens receberam este filme de forma extremamente positiva e efusiva, tendo inclusive batido palmas no final do mesmo. Surgiram questões fulcrais como a autoestima, autoimagem e autoconceito numa forma de identificação positiva com a personagem principal, a maioria dos intervenientes conseguiu refletir acerca das suas próprias experiências e sentimentos. Foi notório que M. colocou a tónica da autoestima e do autoconceito fora de si, identificando a aprovação ou interesse dos outros em si. Por momentos senti-me um pouco zangada, talvez pela dificuldade de M. em aceder a si própria, tive consciência dessa zanga e tentei que a mesma não emergisse durante esta interação. Não contradisse, mas devolvi a si mesma e ao grupo sob a forma de questão várias afirmações que a mesma fez. O grupo reagiu de forma bastante adequada e respeitosa, mas contrapôs esta visão de M. pareceu-me pela sua postura que aquilo q terá incomodado. Foi passado para os técnicos para que a questão pudesse ser trabalhada em conjunto do seu enfermeiro de referência. Senti-me muito mais confortável e segura de mim durante esta intervenção, senti também bastante disponibilidade por parte do grupo o que poderá ter sido um fator facilitador.

Sessão nº 4 – “Autoconceito e relações com o outro, o EU virtual”



Título: “The Nerve”

Data: novembro 2019

Participantes: Jovens internados no internamento de pedopsiquiatria do Hospital

Duração da Sessão: 140min

Objetivo: No final da atividade pretende-se que os formandos reflitam sobre a forma como o imediatismo das redes sociais e do mundo virtual pode influenciar o autoconceito, a autoestima e passagem ao ato.

Guião para discussão da sessão nº4

1. Indagar se a visualização do filme foi do agrado dos participantes e de que forma o sentiram. – “O que vos pareceu este filme e o que vos fez sentir
2. Qual a mensagem principal do filme. – “O que vos parece ser a mensagem principal que aqui é passada?”
3. O que despoletou a progressão de Vee no jogo? Como lidou ela com os rótulos e o que os mesmos a fizeram sentir?
4. Já se sentiram “rotulados” de alguma forma na vossa vida, o que é que isso vos fez sentir?
5. Qual a importância da forma como são vistos pelos outros e de que forma isso influencia a forma como se vêem a vocês próprios?

Plano de sessão nº4

Etapa	Objetivo	Descrição da atividade	Recursos	Duração
Apresentação	Apresentação da intervenção fazendo referência aos principais conceitos e objetivos	Partilhar/fornecer informação relativa aos principais fundamentos nos quais se baseia a atividade em questão.	Enfermeiros	5min
Visualização do filme	Promover a reflexão sobre o autoconceito Refletir sobre a influência das redes sociais e o mundo virtual nesse mesmo autoconceito. Promover a reflexão dos limites e dos perigos dos jogos virtuais.	Visualização do filme mediando possíveis intercorrências do grupo durante a mesma.	Enfermeiros Filme Projektor Computador	96 min
Discussão da mensagem	Encorajar a expressão de sentimentos e crenças Ensinar sobre autoconceito	Num ambiente de confiança e aceitação promover uma livre circulação de ideias acerca das mensagens principais retidas após a visualização do filme.	Enfermeiros Guião de partilha de Ideias	20min

Avaliação da sessão nº4 (súmula da partilha)

1. **ES, 15A** – Não se considera influenciável pelos pares e que nunca lhe aconteceria nada semelhante, nunca se sente pressionada a realizar nada contra os seus valores ou vontade.
2. **B 12 A** – Considera que a pressão externa é muito forte e tem dificuldade em gerir essa pressão dentro de si.
3. **L.Y. 13 A** - Diz que entende a adrenalina do jogo, ela própria é jogadora e já assumiu alguns comportamentos de risco à procura dessa mesma adrenalina, nomeadamente o estar num carro a alta velocidade de forma a sentir essa mesma adrenalina.
4. **B. 15 A**- Afirma que também é ambiciosa e entende a ambição dos protagonistas do jogo, no entanto diz que com a sua personalidade iria adotar sempre uma postura mais passiva, de observadora.

Os meus sentires enquanto co-terapeuta – sessão nº4

O filme escolhido para a sessão Nº 5 veio ao encontro do tema trabalhado na sessão de Psicoeducação do dia anterior - Os riscos e perigos da Internet e redes sociais – e indo ao encontro do desejo manifestado pelos jovens em visualizar o mesmo. Ainda que se trate de um filme que retrata adolescentes e as problemáticas das redes sociais, as mensagens acerca da autoestima e do autoconceito estão presentes de uma forma mais subliminar do que no anterior o que me pareceu implicar um esforço acrescido dos terapeutas para dirigir e balizar a discussão.

A 10 minutos do final da visualização do filme 2 jovens integram a atividade por se encontrarem ausentes em consulta. Este movimento permeável para os integrar nesta atividade que habitualmente é do agrado de todos pode ter efeitos negativos no estabelecer do ambiente terapêutico como pude verificar neste dia. J. entra e começa a falar de imediato, tentando entrar em contacto com os restantes elementos do grupo o que provoca alguma críspação e vozes de reprovação nos restantes jovens. J. mantém este comportamento de oposição com dificuldade em mediar o comportamento, sendo que eu enquanto co-terapeuta também senti a dificuldade inerente a esta mediação perante um comportamento tão desafiador.

Esta postura foi escalando sem que as nossas intervenções pudessem mediar ou limitar esta escalada. O jovem teve de ser retirado da sala e a visualização do filme interrompida por uns minutos. Senti que o ambiente terapêutico possa ter ficado contaminado e outros jovens manifestaram irritabilidade e desagrado, sendo difícil de gerir o grupo nos momentos finais do filme. Ao iniciar a discussão senti o grupo muito pouco disponível, fâcias aborrecido, palavras de oposição e contestação relativas à atividade. A m

Sessão nº5 – “Trabalhando o medo, a superação e autopercepção positiva”



Título: Divertidamente: O filme

Data: novembro de 2019

Participantes: Jovens internados no internamento de pedopsiquiatria do Hospital

Duração da Sessão: 140min

Objetivo: No final da atividade pretende-se que os formandos reflitam sobre o papel dos medos nas suas vivências e a importância de uma autopercepção positiva.

Guião para discussão da sessão nº5

1. Indagar se a visualização do filme foi do agrado dos participantes e de que forma o sentiram. – “O que vos pareceu este filme e o que vos fez sentir?”
2. Qual a mensagem principal do filme. – “O que vos parece ser a mensagem principal que aqui é passada?”
3. Que estratégias utilizou Bethany para fazer face aos problemas. – “Como é que Bethany conseguiu vencer nesta história, e de que outras formas ela poderia ter reagido?”
4. O que vos pareceu ser a perspetiva dos vários personagens face ao que aconteceu?
Identificam-se com algum?
5. Que importância têm os medos na nossa vida?

Plano de sessão nº5:

Etapa	Objetivo	Descrição da atividade	Recursos	Duração
Apresentação	Apresentação da Intervenção fazendo referência dos principais conceitos e Objetivos	Partilhar/fornecer informação relativa aos principais fundamentos nos quais se baseia a atividade em questão.	Enfermeiros	5min
Visualização do filme	Promover a reflexão acerca de medos ou situações de crise. Promover a reflexão acerca de autoconceito. Promover o insight e a aceitação de si de forma holística, incluindo fragilidades e medos.	Visualização do filme mediando possíveis intercorrências do grupo durante a mesma.	Enfermeiros Filme Projetor Computador	
Discussão da mensagem	Promover a importância da autopercepção positiva. Encorajar a expressão de sentimentos e Crenças Ensinar sobre autoconceito. Ajudar a identificar sentimentos derrotistas.	Num ambiente de confiança e aceitação promover uma livre circulação de ideias acerca das mensagens principais retidas após a visualização do filme.	Enfermeiros Guião de partilha de ideias	20min
Encerramento	Encerrar a sessão e fazer a ponte para a sessão seguinte	Realizar um resumo com as principais ideias debatidas. Aceitar sugestões para o tema da próxima Sessão	Enfermeiros	5min

Avaliação da sessão nº5 - introdução de novo mediador – a fotografia (sumula da partilha)

1. E.15 A - Refere ter-se identificado com a mensagem, sendo que “nunca devemos desistir dos nossos sonhos, uma lição bonita”. Escolhe a imagem 1 relacionando a um autoconhecimento crescente durante a adolescência e constata a sua maior dificuldade durante a adolescência, “aprender a estar sozinho”

2. V.17 A - Classifica este filme como “religiosamente pesado”. Tentada desconstrução de conceitos entre espiritualidade e religião. Não consegue encontrar nenhum aspeto positivo no filme. Escolhe a imagem 1 referindo que antes de ser adolescente já passava muitos períodos sozinho, mas agora esses momentos são muito mais dolorosos. “agora sei o que é a solidão”. Identifica a escrita como atividade de escape e de alívio para este sofrimento

3. L.15 A – Partilha sem necessitar de incentivo. Diz que o filme lhe transmitiu bastante e que a mensagem lhe fez sentido. Quando faz a ponte para a adolescência, escolhe a imagem 5, “o maior apoio é a minha família, nunca se deve abandonar a família”.

4. M 14 A – Na discussão esteve participativa. Diz que é “importante ter mos perseverança” Escolhe a imagem 8 e diz que desde que é adolescente os pais já a levam a passear com eles, sentem que atingiu outro estatuto no seio familiar.

5. B. 12 A – Durante a partilha afirmou que a mensagem fora bonita e evidencia a personagem com a tónica na capacidade em superara as dificuldades.

Escolhe a imagem 3 e refere que a adolescência é cheia de irregularidades e que é assustador não saber quando tudo vai mudar.

Outro mediador utilizado: Fotografia

Conforme o acordado na sessão anterior foi programada a utilização de outro mediador para enriquecer a discussão, a fotografia foi escolhida por ser mais rápida de utilizar tendo em conta a limitação do fator tempo. Foram apresentadas cerca de 15 imagens estando as escolhidas representadas em seguida, algumas das mesmas foram escolhidas por mais do que um jovem:

Imagem 1



Imagem 2



Imagem 3



Imagem 4

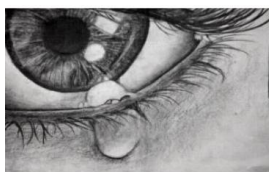


Imagem 5



Imagem 6



Imagem 7



Imagem 8



A utilização deste mediador foi bem acolhida por parte dos intervenientes e foi feita uma ponte com os medos e os stressores que estão inerentes às suas próprias vivências enquanto adolescentes e os recursos internos ou externos de cada um. Surge o tema da solidão, da independência, da dificuldade em estar com os outros e a necessidade de apoio na própria família durante o processo de crescimento

Os meus sentires enquanto co-terapeuta – sessão nº5

A programação do filme e da sessão foi alterada no último momento devido a fatores técnicos sendo que foi apresentado o filme Soulsurfer que estava previamente programado e planeado. Esta mudança repentina de planos não foi limitadora para mim, mas fez-me entender a importância de ter planos secundários em caso de falha dos primeiros, seja nas intervenções de grupo como individuais, é necessário preparação e trabalho antecipatório assim como flexibilidade para lidar com determinados revezes passíveis de acontecer nos mais variados contextos.

A visualização do filme aconteceu sem intercorrências, mas duas intervenientes adormeceram durante a mesma de forma profunda, outros dois estiveram visivelmente inquietos com necessidade de mediação do comportamento por parte dos técnicos. Eu própria senti-me inquieta, por tentar sozinha atribuir um significado aqueles comportamentos. Mais uma vez dou por mim com receio de o filme não estar a tocar o grupo com a intencionalidade terapêutica desejada. Vou apaziguando estes medos e possíveis frustrações em mim durante a sessão. A discussão acerca dos temas principais da mensagem do filme foi parca, mas suficientemente boa para que surgisse o tema da persistência na felicidade e nos nossos sonhos. Senti que o facto de ser uma história verídica tornou a experiência mais intensa para quem assistiu. Senti a intervenção do J. como displicente, com uma agressividade lactente para com os técnicos, utilizou termos para classificar o filme como “cliché, pop, coca-cola”, quando questionado acerca do significado dos termos que utilizar teve dificuldade em entendê-los, o que me fez ficar a pensar porque os utilizaria sem entender os seus significados, onde os ouviria, em que contexto os aplicaria na sua vida. Diminuiu o sofrimento individual em detrimento de desastres humanitários, consegui devolver que o filme também aborda uma tragédia humana em larga escala (Tsunami na Tailândia) e a pergunta do que tinha visto e sentido nessa situação tão mais dramática segundo os seus critérios. A resposta devolvida é pueril, adequada à faixa etária, o que me deixa com a fantasia de que o discurso anterior estará colado ao de alguém muito próximo de si.

Passamos para a utilização do mediador fotografia e dispomos no chão várias imagens, pedindo que possam escolher aquela que lhes faça ressonância acerca das suas vivências enquanto adolescentes. A discussão que emerge é riquíssima em termos de emoções e relatos sendo que me emociono com eles, empatizo facilmente com a maioria e de uma forma global expressam as suas dificuldades, alguns identificam estratégias e necessidades. Fico genuinamente satisfeita, não sei se pela relação que já estabeleci com o Grupo e pela empatia que me foi possível sentir, se por me sentir privilegiada por partilharem e acederem a si próprios neste processo de transição.

J. intercede novamente, escolhendo conotar positivamente a adolescência como um momento no qual está a conseguir fazer mais amigos. Afirma ainda que é um bom amigo, fiel e atento às necessidades dos outros. Relata ainda que: “Uma vez uma amiga minha, a minha melhor amiga precisava de se acalmar... e ela só consegue acalmar-se quando dá murros no saco de areia dos gatos..., mas como não havia, aguentei umas duas horas a levar murros na barriga só para que ela se acalmasse”. Senti-me tão desconfortável e irritação visceral, lembrei-me automaticamente de uma situação ocorrida com o meu filho de 6 anos, quando me disse que recebeu um castigo por algo que não por outro amigo só para o poupar. Tive vontade de sair do meu papel de co-terapeuta, técnica, enfermeira e falar-lhe como falo ao meu filho, de forma diretiva, mostrando a minha indignação. Consegui conter-me, mas não fui capaz de lhe devolver nada mais do que silêncio naquele momento. Os outros técnicos presentes devolveram-lhe o que lhes foi possível devolver e no final da sessão refletimos acerca do que se passara.

Depois de conhecer melhor a história de J. que chegara há apenas 2 dias, podemos constatar que o jovem na entrevista inicial se referiu à mãe como a sua melhor amiga e ficou-nos a fantasia se este relato acontecera e se sim poderá ter-se passado com a mãe. Integrei esta minha experiência como uma possível contratransferência, tento imprimido um esforço nos dias seguintes para reparar os danos que esta ressonância tivera em mim. Tentei aproximar-me de J. e com ele ter intervenção individual com mediadores

lúdicos.

Sessão nº 6 - “O estigma da doença mental e o autoconceito de quem a padece”



Título: “Front of the class”

Data: dezembro 2019

Participantes: Jovens internados no internamento de pedopsiquiatria do Hospital

Duração da Sessão: 140min

Objetivo: No final da atividade pretende-se que os formandos reflitam sobre a forma o autoconceito e a autoestima

Guião para discussão da sessão nº6:

1. Indagar se a visualização do filme foi do agrado dos participantes.
2. Qual a mensagem principal do filme
3. O que aconteceu ao Brad e ao seu entorno quando a doença surgiu na sua vida?
4. Que recursos teve o Brad para lidar com as suas vivências?
5. Que papel teve esta doença para Brad?
6. Que outra estratégia poderia Brad ter adotado?

Plano de sessão nº6:

Etapa	Objetivo	Descrição da atividade	Recursos	Duração
Apresentação	Apresentação da Intervenção fazendo referência dos principais conceitos e objetivos	Partilhar/fornecer informação relativa aos principais fundamentos nos quais se baseia a atividade em questão.	Enfermeiros	5min
Visualização do filme	Promover a reflexão acerca de emoções passadas e/ou presentes Acentuar a importância do estigma no crescimento e desenvolvimento pessoal Promover o insight e a aceitação de si e das suas características individuais.	Visualização do filme mediando possíveis intercorrências do grupo durante a mesma.	Enfermeiros Filme Projektor Computador	
Discussão da mensagem	Promover aceitação perante si e os outros. Acentuar a tónica no perspetivar de forma positiva, encontrar	confiança e aceitação promover uma livre circulação de ideias acerca das mensagens principais retidas após a visualização do filme.	Enfermeiros	20min

	stressores e recursos para os ultrapassar.		Guião de partilha de ideias	
Encerramento	Encerrar a sessão e fazer a ponte para a sessão seguinte.	Realizar um resumo com as principais ideias debatidas. Aceitar sugestões para o tema da próxima Sessão	Enfermeiros	5min

Avaliação da sessão nº6 (sumula da partilha)

1. S 15 A - Partilha com incentivo apenas quando é introduzido o mediador fotografia(nº4). Associa a mesma aos seus próprios sentimentos no aqui e agora, interpretou a mesma como a sociedade (figura masculina) que apresenta obstáculos à criança, e a mãe (fig. Feminina)

2. M 12 A - Esteve bastante interessada, afirma considerar bonita a mensagem do filme, “nunca devemos desistir dos nossos sonhos”, escolhe a imagem 5, diz que o personagem principal teve as suas tempestades internas, mas conseguiu vencê-las. 3.

3. AC 13 A - Participou de forma espontânea e interessada, relatando um caso semelhante no seu grupo de amigos, reconhecendo que este amigo “é uma excelente pessoa, mas é muito gozado, é importante vermos a pessoa para além da doença.” Escolhe imagem 3 por sentir que o personagem teve capacidade de luta contra a sociedade, mas depois da discussão centrada na ideia de aceitação de si e dos outros no integrar e olhou para a mesma e afirmou “se calhar não escolheu bem”, desconstruindo a ideia de luta.

4.J. 12 A - Partilha sem necessidade de incentivo, participativo, refere ter-se sentido identificado com a personagem principal, escolhendo a imagem número1, relacionado a mesma com processos mentais repetitivos, semelhantes aos seus, “foi como ter um déjà vu”.

Outro mediador utilizado: Fotografia

À semelhança da sessão anterior foram previamente seleccionadas imagens passíveis de ser utilizadas no enriquecimento da discussão. Após uma breve partilha acerca da mensagem principal do filme e de que forma se reviam nesta narrativa, foram apresentadas cerca de vinte imagens para que os jovens pudessem escolher aquela que traduzia os sentimentos associados à visualização do filme. De entre as várias foram escolhidas as seguintes;

Imagem 1



Imagem 2



Imagem 3

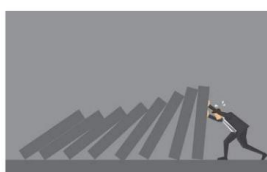


Imagem 4



Imagem 5



Imagem 6



Imagem 7

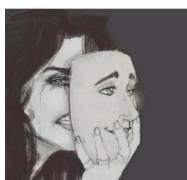


Imagem 8



Os meus sentires enquanto co-terapeuta. – Sessão nº6

Sendo este o meu último dia de estágio nesta unidade de internamento de pedopsiquiatria, estava desde o início da sessão a fazer os meus pequenos lutos, perante este cenário que dificilmente se iria repetir e que tanta realização e crescimento me trouxera. Observava-os atrás do projetor e percorrendo cada um deles com o olhar fazia pequenas retrospectivas daquilo que tínhamos partilhado, crescido e refletido nestas sessões.

Observando-me a mim entendo que durante a escolha deste filme tivera em conta os percursos de determinados jovens, nomeadamente da B. com a qual vinha a desenvolver intervenções individuais, sendo que a mim me sugeriu que este filme poderia levantar questões muito semelhantes às suas, olhava-a com expectativa de conseguir ler o seu não verbal, e de alguma forma conseguir entender se a mensagem a estava a atingir em determinada forma. A certa altura entendi que teria de gerir esta minha expectativa, que B. poderia não aceder a esta experiência da forma como eu a poderia ter idealizado. Gerir as nossas expectativas em relação a um grupo terapêutico assume uma importância vital para que não nos frustremos e desmotivemos no empenho e na entrega. A sessão foi avançando e à medida que a narrativa se torna de alguma forma desconfortável, sinto que se vão manifestando no seu não verbal. Pedem para ir à casa de banho, movimentam-se nos cadeirões e nos poufs, olham em redor e vão aos poucos adquirindo uma postura confortável. No final da sessão sinto-os tensos, eu própria também estou, a intensidade emocional dos minutos finais saiu da tela para aquele espaço. Aos poucos foram aderindo à partilha, senti que deveria respeitar os silêncios, pois também eu estava a precisar deles. Que significados teriam aqueles silêncios? Em mim senti-os como tempo para integrar a experiência emocional que o filme me ofertara, mas seria igual para eles? Aos poucos o silêncio foi-se dissipando e dando lugar a partilhas. Senti numa fase inicial que colaram discursos à sessão da semana anterior, uma vez que descodificaram a mesma mensagem, mas não era possível sentirem da mesma forma, até porque este filme especificamente abordava o estigma da doença mental e não a amputação de um braço da protagonista.

Fomos entre co-terapeuta, terapeuta e grupo, desconstruindo o conceito de estigma e de discriminação, contando com os relatos de alguns jovens relativamente ao tema. Aos poucos foram-se implicando na discussão provocando em mim uma sensação de satisfação pela adesão. Quando a participação começou a ser mais parca introduzimos o mediador fotografia para remeter aos sentimentos do aqui e agora. Sinto-me surpreendida quando J. afirma que esta é a sua história, que foi como ver-se ao espelho. O J. da semana anterior estava reativo, pouco disponível, crítico, mas hoje esta sessão touco-lhe e semeou em si dúvidas, questões e sentires, escolhe a imagem nº1 remetendo à quantidade de processos internos que esta visualização de despoletou. Fico com muita vontade em lhe aceder depois e de forma individual, não tendo já essa oportunidade falo posteriormente com as colegas presentes na sessão de forma a validar este meu sentimento e quase perplexidade, que se revela comum entre nós.

Termino esta última sessão com o sentimento de crescimento pessoal e profissional, de que após estas intervenções tenho uma maior consciência das potencialidades das intervenções em grupo e das minhas próprias, da necessidade de respeitar os silêncios e de lhes atribuir significados, da imprevisibilidade do que surge nos grupos exigir dos terapeutas flexibilidade, autenticidade e muita disponibilidade.

APÊNDICE 9 – INTERVEÇÕES DE GRUPO NO CONTEXTO COMUNITÁRIO
(programa de promoção de resiliência aplicado a três grupos)

Intervenções de Grupo Contexto Comunitário

Objetivos Gerais e Específicos do Plano de Sessões

Objetivo Geral:

- Atuar na promoção do bem-estar e resiliência.

Objetivos Específicos:

- Melhorar a autoestima, promover sentimento de autovalorização e autoaceitação;
- Promover o autoconhecimento e a consciência corporal;
- Promover expressão de sentimentos.

Caracterização do Grupo-alvo

O plano de sessões será aplicado a um grupo de 3 a 6 adolescentes com idades compreendidas entre os 12-17anos, seguidos em consulta de Hospital de Dia de Pedopsiquiatria.

Fatores Protetores e de Risco

Atendendo ao modelo de sistemas de Betty Neuman podemos estabelecer uma analogia entre os fatores de protetores e de risco, com os stressores positivos e negativos anteriormente descritos. Deste modo poderemos considerar que o grupo apresenta, como stressores positivos, por exemplo: intervenção multidisciplinar; aprendizagem facilitada em grupo de pares; suporte social e familiar.

No que diz respeito aos stressores negativos, considero poderem estar presentes stressores como: ansiedade; isolamento social; suporte social e familiar insuficiente; anedonia; agressividade; dificuldades de aprendizagem; transição desenvolvimental.

Obstáculos Previsíveis à Implementação do Plano de Sessões

Uma vez que se tratam de grupos constituídos por adolescentes, teremos que ter em conta que os stressores negativos anteriormente descritos, assumem uma particular importância, pois a sua manifestação num ou mais elementos do grupo pode ser extremamente desestabilizadora para os restantes e fortemente

limitadora da coesão grupal pretendida. Outro aspeto que importa ter em conta é a multiplicidade de gostos e de formas de expressividade dos diversos elementos do grupo os quais podem ativar alguns dos stressores já referidos. O movimento enquanto mediador pode ser recebido com menor disponibilidade, pelo que se introduz o mediador nas duas primeiras sessões, se o mesmo for bem acolhido pelos participantes terá lugar uma sessão de dança e movimento, caso contrário a mesma será alterada. Assim serão planeadas 3 sessões de intervenção em três diferentes grupos.

Planeamento Inicial das intervenções (POR GRUPO)

Nº de Sessões e Data	Temática da Sessão	Justificação da Intervenção
1ª Janeiro 2020	Movimento + Desenho	- Promoção expressividade - Estimular a auto percepção e autoconhecimento. - Incentivar a participação e interação grupal. - Promover a partilha de experiências. - Estimular o desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e comportamentais.
2ª Janeiro 2020	Movimento + Desenho	- Promover a autoestima e o autoconhecimento. - Promover a consciência corporal. - Promoção do autocontrolo. - Promoção da expressividade. - Promoção do bem-estar.
3ª Fevereiro 2020	Dança	- Dar continuidade aos objetivos das sessões anteriores. - Promoção da consciência grupal. - Integrar músicas e/ou dinâmicas sugeridas pelo grupo na sessão anterior, promovendo a sua participação ativa. Encerramento do plano de sessões

O planeamento das intervenções foi realizado anteriormente ao início do estágio, mediante o projeto desenvolvido e os dias de observação previamente dispostos. No entanto este planeamento foi alterado sessão a sessão, grupo a grupo pelas características, necessidades ou acontecimentos inerentes aos elementos que os constituem. As sessões foram flexíveis e adaptadas ao minuto, implementadas mais tarde do esperado quer pelo quórum imprevisível dos

grupos quer pela solidificação de uma relação terapêutica. O grupo 3 foi o mais recetivo às sessões de movimento e o segundo o menos. Neste último o mediador movimento foi efetivamente abolido das sessões subsequentes . A sessão de Dança e Movimento foi abolida em todos por considerar que existiria a necessidade de trabalhar mais o mediador movimento antes de enveredar por uma sessão destas características.

2.7 – Avaliação das Sessões

Foi construída uma tabela de avaliação em escala likert na qual constam 5 indicadores com número variável de itens. Foram recolhidas narrativas, registos de interação e diários que foram concomitantemente contribuindo para a avaliação do impacto das próprias intervenções.

Indicador NOC	Número de Itens	Intervalo de valores
Autoestima	7	7- 35
Habilidades de interação Social	3	3-15
Autoconceito	5	5-25
Imagem Corporal	2	2 -10
Controlo do Impulso	6	6 -30

Intervenções com o Grupo I (“grupo da segunda-feira”)

Nº de Sessões e Data	Temática da Sessão	Justificação da Intervenção
1ª Janeiro 2020	Movimento “Mexo-me logo existo”	- Promoção expressividade - Estimular a Auto percepção e autoconhecimento. - Incentivar a participação e interação grupal. - Promover a partilha de experiências. -Estimular o desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e comportamentais. - Promover a autoestima e o autoconhecimento. - Promover a consciência corporal. - Promoção do autocontrolo. - Promoção da expressividade. - Promoção do bem-estar.
2ª Janeiro 2020	Movimento “Eu e o Outro”	- Promoção expressividade - Estimular a Auto percepção e autoconhecimento. - Incentivar a participação e interação grupal. - Promover a partilha de experiências. -Estimular o desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e comportamentais. - Promover a autoestima e o autoconhecimento. - Promover a consciência corporal. - Promoção do autocontrolo. - Promoção da expressividade. - Promoção do bem-estar.
3ª Fevereiro 2020	Desenhando sensações	- Dar continuidade aos objetivos das sessões anteriores. - Promoção da consciência grupal. - Integrar músicas e/ou dinâmicas sugeridas pelo grupo na sessão anterior, promovendo a sua participação ativa Encerramento do plano de sessões

1ª Sessão de Movimento	Objetivo	Descrição da Atividade	Recursos	Duração
Apresentação	Apresentação da Intervenção fazendo referência dos principais conceitos e objetivos	- Partilhar/fornecer informação relativa aos principais fundamentos teóricos nos quais se baseia a atividade em questão.	-Sala -Enfermeiros	5 min
Desenvolvimento da Atividade	- Ativação holística para o início da atividade -Promover interação dos elementos do grupo -Promover a expressividade de emoções passadas e/ou presentes - Acentuar a tónica do momento presente com a tomada de consciência de si no “aqui e agora” - Promover a reflexão de si e do seu autoconceito -Promover	1ºMomento; - Circular pela sala ao som da música - Iniciar exercícios de aquecimento ligeiros. 2º Momento; Jogos de interação e Movimento -Utilizar balões e bolas de sabão 3º Momento; Jogos de Sociometria - Posicionamento em relação à data de nascimento, hobbies, sensação de bem-estar e confiança. 4ºMomento; Jogos de Confiança	-Sala -Enfermeiros - Música	25 min

	autoconhecimento	- Agrupar dois elementos dos quais um estará de olhos vendados e cumprirá ordens do outro para se deslocar por um circuito previamente estabelecido.		
6 Partilha e Encerramento	-	- Pedir para falar acerca do que sentiram e partilhem a experiência. - Recolher narrativas acerca dos sentires durante esta sessão.		10min

2ª Sessão de Movimento	Objetivo	Descrição da Atividade	Recursos	Duração
Apresentação	Apresentação da Intervenção fazendo referência dos principais conceitos e objetivos	- Partilhar/fornecer informação relativa aos principais fundamentos teóricos nos quais se baseia a atividade em questão.	-Sala - Enfermeiros	5 min
Desenvolvimento da Atividade (Uso de mediador desenho)	- Ativação holística para o início da atividade -Promover interação dos elementos do grupo	1º Momento - Pedir aos participantes para se sentarem e desenharem um animal com que se identificam descrevendo 5 características desse mesmo animal que identificam também em si. -Pedir para o grupo devolver se está em consonância com aquilo que cada um diz.	-Sala - Enfermeiros	15min
Desenvolvimento	-Promover a expressividade de emoções passadas	2º Momento – Quebra-gelo Exercício - “O Degelo”		5 min

da atividade (uso do mediador movimento)	e/ou presentes - Acentuar a tônica do momento presente com a tomada de consciência de si no “aqui e agora” - Promover a reflexão de si e do seu autoconceito -Promover autoconhecimento	- Ao som de uma música calma e tranquila (ex. Chet Baker - Almost Blue”) O grupo fica imobilizado em círculo, como estátuas de gelo. - Aos poucos, uma parte do corpo vai ficando livre do gelo e consegue movimentar-se. - Quando todo o corpo está livre do gelo o grupo deambula pela sala, devagar, a tomar consciência do seu corpo e dos seus movimentos 3º Momento – Imagética - Continuando a deambular pela sala, pedir para pensarem num animal com que se identifiquem. -Imaginar que está numa floresta, tentar encarnar o animal escolhido e interagir com os restantes “animais” - Sente-se alguma agitação nos animais, é um incêndio na floresta, como reagem os diferentes animais? - O Fogo está extinto, tudo acabou bem - simular a noite e o regresso ao abrigo, aquele lugar seguro no qual se		10 min
--	--	--	--	--------

		sentem bem.		
Partilha e Encerramento		- Pedir para falar acerca do que sentiram e partilhem a experiência. - Recolher narrativas acerca dos sentires durante esta sessão.		15 min

3ª Sessão – Desenho as emoções.	Objetivo	Descrição da Atividade	Recursos	Duração
Apresentação	Apresentação da Intervenção fazendo referência dos principais conceitos e objetivos	- Partilhar/fornecer informação relativa aos principais fundamentos teóricos nos quais se baseia a atividade em questão.	-Sala - Enfermeiros	5 min
Desenvolvimento da Atividade (Uso de mediador desenho)	- Ativação holística para o início da atividade -Promover interação dos	-	-Sala - Enfermeiros - Papel	30 min

	elementos do grupo -Promover a expressividade de emoções passadas e/ou presentes - Acentuar a tónica do momento presente com a tomada de consciência de si no “aqui e agora” - Promover a reflexão de si e do seu autoconceito -Promover autoconhecimento		- Guaches - Lápis - Canetas	
Partilha e Encerramento		- Pedir para falar acerca do que sentiram e partilhem a experiência. - Recolher narrativas acerca dos sentires durante esta sessão.		30 min

Avaliação das intervenções

O Grupo que denominei como 1 era constituído maioritariamente por membros do género masculino, tive a oportunidade de assistir a duas novas admissões podendo estabelecer uma relação inicial mais rapidamente com os novos membros. De frequência oscilante demonstraram ser enquanto grupo facilitadores das intervenções na medida em que se mantiveram disponíveis para a utilização de mediadores novos para eles, nomeadamente o movimento.

Contando em colaboração do enfermeiro orientador, implementamos o movimento e os exercícios de sociometria com receptividade por parte dos jovens. Segundo os relatos dos mesmos acabou por quebrar a rotina e oferecer formas diferentes para se expressarem, inicialmente mais desconfortáveis, traduzindo esse mesmo desconforto pela prosódica e pela expressão corporal, um dos elementos tentou mesmo boicotar os exercícios, mas com capacidade para adequar comportamento quando confrontado. Dois dos elementos não estiverem presentes na segunda sessão pelo que não existe avaliação da mesma graficamente. Os resultados conseguidos demostram que os indicadores são muito sobreponíveis no início e final das intervenções.

Enquanto grupo notou-se uma maior disponibilidade e familiaridade com o mediador com diminuição do constrangimento e aumento da entrega à atividade.

Grupo I

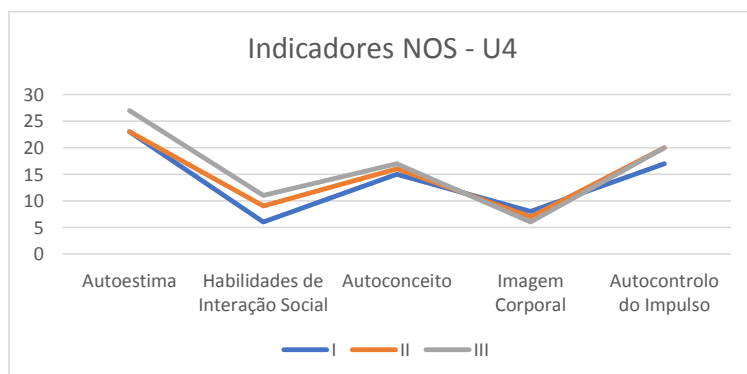
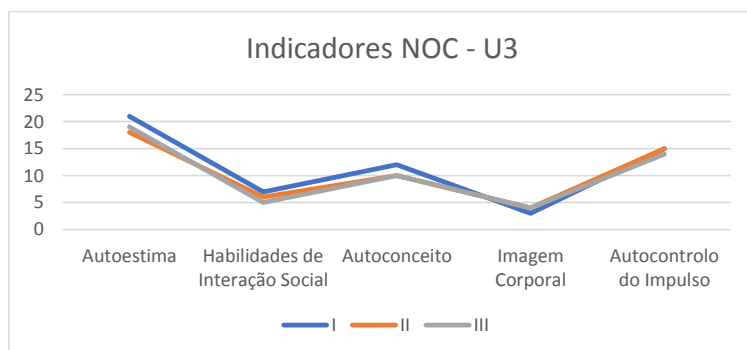
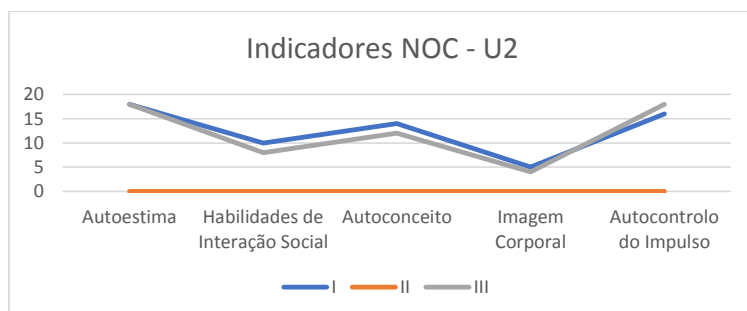
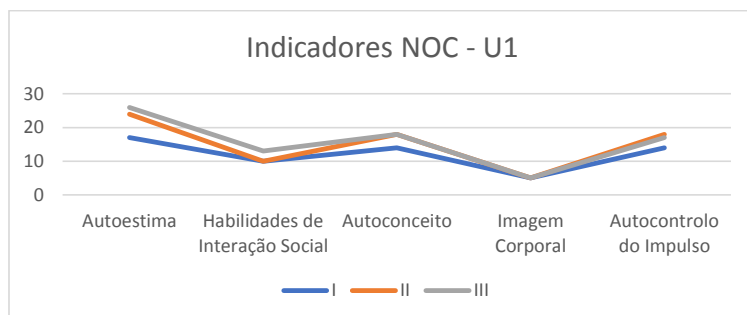
	Sessão nº1					Sessão nº2					Sessão nº3				
	U1	U2	U3	U4	U5	U1	U2	U3	U4	U5	U1	U2	U3	U4	U5
Indicadores	Autoestima														
Verbalização de autoaceitação	1	2	4	4	2	3		2	4		4	2	3	4	2
Descrição de si próprio	2	3	4	4	3	3		3	4		4	3	3	4	3
Manutenção de contato visual	3	4	5	4	3	4		4	3		4	3	3	4	3
Equilíbrio entre participação e escuta nos grupos	3	3	2	3	3	4		2	3		4	3	3	4	3
Sentimentos de autovalorização	2	1	2	3	2	3		2	3		3	2	3	4	3
Aceitação de crítica construtiva	4	3	2	2	3	4		3	3		4	3	2	3	4
Descrição de orgulho em si mesmo	2	2	2	3	2	3		2	3		3	2	2	4	3
	Habilidades de Interação Social														
Recetividade	4	3	3	2	3	4		2	3		4	3	2	4	4
Cooperação	4	4	2	2	4	4		2	3		5	3	1	4	4
Positividade	2	3	2	2	4	2		2	3		4	2	2	3	3
	Autoconceito														
Sentimento positivo de si	2	3	2	3	2	3		2	4		4	2	2	3	2

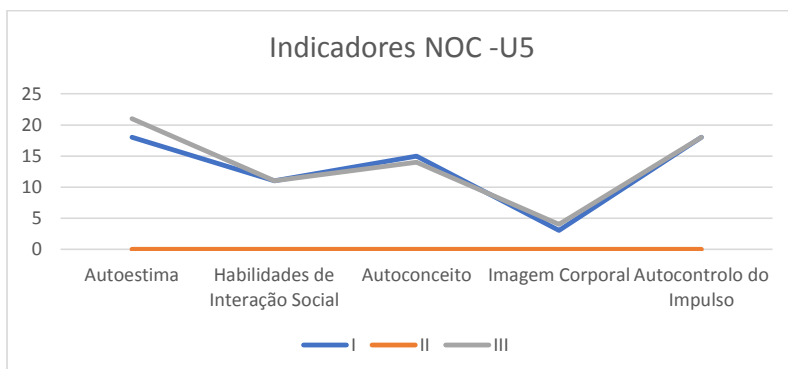
Reconhece capacidades e limitações	3	3	2	3	3	3		2	3		3	2	2	3	3
Reflete acerca dos pensamentos e/ou sentimentos	3	2	3	3	4	4		2	3		4	2	2	3	3
Lembra-se de si mesmo no passado	3	3	3	3	4	4		2	3		4	3	2	4	3
Imagina-se no futuro	3	3	2	3	2	4		2	3		3	3	2	4	3
	Imagem Corporal														
Satisfação com a aparência corporal	2	2	1	4	1	2		2	3		2	2	2	3	2
Satisfação com a função corporal	3	3	2	4	2	3		2	4		3	2	2	3	2
	Autocontrolo do Impulso														
Expressa sentimentos	3	3	3	3	3	3		3	4		3	3	2	4	4
Verbaliza controlar impulso	1	2	2	2	2	3		2	3		3	3	2	3	2
Identifica sentimentos como raiva e frustração	1	2	3	2	3	2		3	3		2	3	2	3	3
Mantém perceção dos pensamentos/sentimentos	3	3	3	3	3	3		3	3		3	3	3	3	3
Exibe afetos adequados à situação	3	3	2	4	4	4		2	3		3	3	2	4	3
Exibe ou deseja controlo dos impulsos	3	3	2	3	3	3		2	4		3	3	3	3	3
	Resiliência Pessoal														
Verbaliza perspetiva positiva	1	4	3	3	4	2		3	4		3	4	3	3	4
Expressa emoção	3	3	2	3	3	3		3	4		3	3	3	3	3

Pesa alternativa para resolução de problemas	2	3	2	3	3	3		2	3		3	3	3	3	3
Busca apoio emocional	1	3	2	3	3	2		2	3		3	2	2	3	3

Escala Indicadores I avaliada de 1 a 5:

- 1 – Nunca positivo
- 2 – Raramente positivo
- 3 – Às vezes positivo
- 4 – Muitas vezes positivo
- 5 – Consistentemente positivo





As intervenções com o grupo I decorreram dentro do planeamento inicial, ainda que com alguma resistência inicial dos constituintes em aceitar as sessões de movimento. Com o apoio do enfermeiro orientador foram aderindo e superando o desconforto sentido, U5 e o U2 não se encontravam presentes na segunda sessão. Os resultados NOC apresentados são muito sobreponíveis entre as primeiras e últimas sessões. A autoestima foi o indicador com resultados mais baixos em todos os utentes.

Intervenções com o Grupo 2 (“grupo da quarta-feira”)

Nº de Sessões e Data	Temática da Sessão	Justificação da Intervenção
1ª Janeiro 2020	Movimento + Desenho	- Promoção expressividade - Estimular a Auto percepção e autoconhecimento. - Incentivar a participação e interação grupal. - Promover a partilha de experiências. - Estimular o desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e comportamentais. - Promover a autoestima e o autoconhecimento. - Promover a consciência corporal. - Promoção do autocontrolo. - Promoção da expressividade. - Promoção do bem-estar.
2ª -janeiro 2020	Apresentação com mediador fotografia	- Promoção expressividade - Estimular a Auto percepção e autoconhecimento. - Incentivar a participação e interação grupal. - Promover a partilha de experiências. - Estimular o desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e comportamentais. - Promover a autoestima e o autoconhecimento. - Promoção do autocontrolo. - Promoção da expressividade.
3ª Fevereiro 2020	Apresentação com mediador fotografia	- Dar continuidade aos objetivos das sessões anteriores. - Promoção da consciência grupal. - Integrar músicas e/ou dinâmicas sugeridas pelo grupo na sessão anterior, promovendo a sua participação ativa Encerramento do plano de sessões

Sessão nº1 - “Que animal sou eu”

Etapa	Objetivo	Descrição da Atividade	Recursos	Duração
Apresentação	Apresentação da Intervenção fazendo referência dos principais conceitos e objetivos	- Partilhar/fornecer informação relativa aos principais fundamentos teóricos nos quais se baseia a atividade em questão.	-Sala - Enfermeiros	5 min
Desenvolvimento da Atividade (Uso de mediador desenho)	- Ativação holística para o início da atividade -Promover interação dos elementos do grupo	1º Momento - Pedir aos participantes para se sentarem e desenharem um animal com que se identificam descrevendo 5 características desse mesmo animal que identificam também em si. -Pedir para o grupo devolver se está em consonância com aquilo que cada um diz.	-Sala - Enfermeiros	15min
Desenvolvimento da atividade	-Promover a expressividade de emoções passadas e/ou presentes	2º Momento – Quebra-Gelo Exercício - “O Degelo” - Ao som de uma música calma e tranquila (ex. Chet Baker -		5 min

(uso do mediador movimento)	- Acentuar a tônica do momento presente com a tomada de consciência de si no “aqui e agora” - Promover a reflexão de si e do seu autoconceito - Promover autoconhecimento	Almost Blue”) O grupo fica imobilizado em círculo, como estátuas de gelo. - Aos poucos, uma parte do corpo vai ficando livre do gelo e consegue movimentar-se. - Quando todo o corpo está livre do gelo o grupo deambula pela sala, devagar, a tomar consciência do seu corpo e dos seus movimentos 3º Momento – Imagética - Continuando a deambular pela sala, pedir para pensarem num animal com que se identifiquem. - Imaginar que está numa floresta, tentar encarnar o animal escolhido e interagir com os restantes “animais” - Sente-se alguma agitação nos animais, é um incêndio na floresta, como reagem os diferentes animais? - O Fogo está extinto, tudo acabou bem - simular a noite e o regresso ao abrigo, aquele lugar seguro no qual se sentem bem.		10 min
Partilha e Encerramento		- Pedir para falar acerca do que sentiram e partilhem a experiência.		30 min

		- Recolher narrativas acerca dos sentires durante esta sessão.		
--	--	--	--	--

Sessões 2 e 3 - Explorando o autoconceito com recurso a fotografia

Etapa	Objetivo	Descrição da Atividade	Recursos	Duração
Apresentação	Apresentação da Intervenção fazendo referência dos principais conceitos e objetivos	- Partilhar/fornecer informação relativa aos principais fundamentos teóricos nos quais se baseia a atividade em questão.	-Sala - Enfermeiros	5 min
Desenvolvimento da Atividade (Uso de mediador fotografia)	Treinar o autoconceito e o autoconhecimento através d -Promover interação dos elementos do grupo	- Pedir aos participantes para escolherem uma imagem com que se identifiquem numa determinada área da sua vida -Pedir para o grupo devolver se está em consonância com aquilo que cada um diz.	-Sala - Enfermeiros	25min
Partilha e Encerramento	- Recolher narrativas acerca dos sentires durante esta sessão.	- Pedir para falar acerca do que sentiram e partilhem a experiência.		15 min

Avaliação das intervenções e produções resultantes

Grupo II

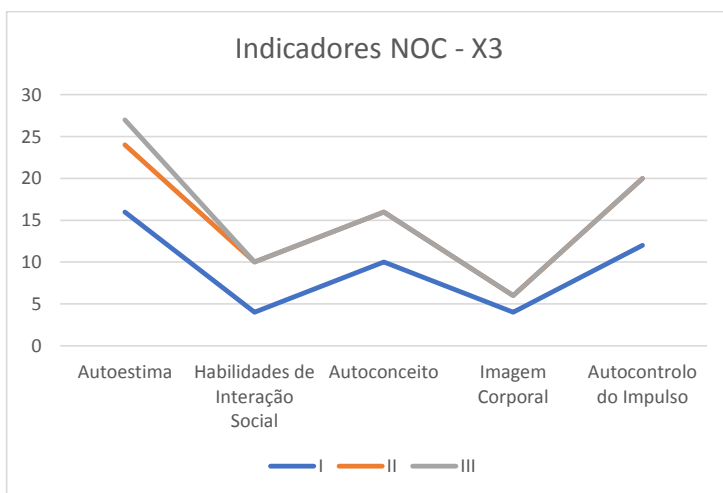
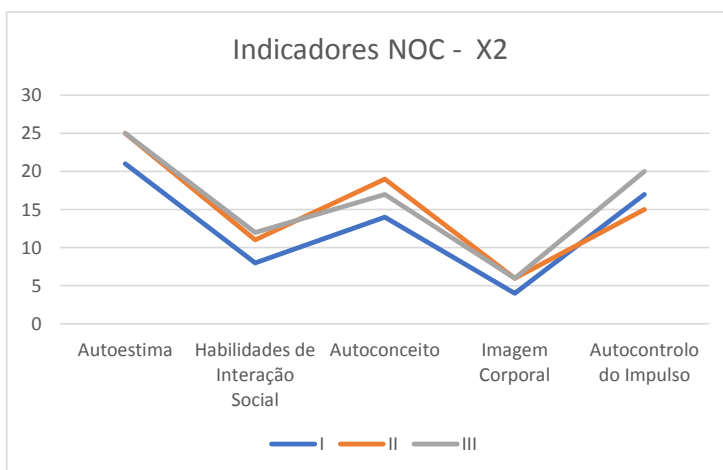
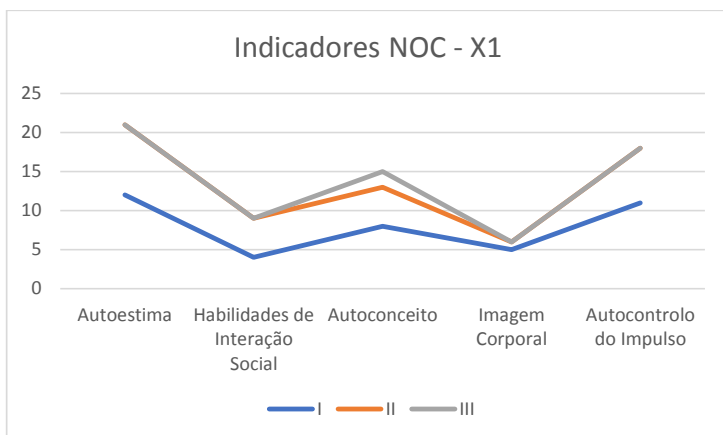
	Sessão nº1					Sessão nº2					Sessão nº3				
	X1	X2	X3	X4	X5	X1	X2	X3	X4	X5	X1	X2	X3	X4	X5
Indicadores	Autoestima														
Verbalização de autoaceitação	1	3	4	4	1	3	4	4	4	1	3	4	4	4	1
Descrição de si próprio	2	3	3	4	2	4	4	4	4	2	4	4	4	4	2
Manutenção de contato visual	2	4	2	4	2	3	4	4	4	2	3	4	4	4	2
Equilíbrio entre participação e escuta nos grupos	2	3	2	4	2	3	3	3	4	2	3	3	4	4	2
Sentimentos de autovalorização	2	3	2	4	2	3	3	3	4	2	3	3	4	4	2
Aceitação de crítica construtiva	1	1	1	4	2	2	3	3	4	2	2	3	3	4	2
Descrição de orgulho em si mesmo	2	4	2	4	1	3	4	3	4	1	3	4	4	4	2
	Habilidades de Interação Social ⁴														
Recetividade	2	3	1	5	3	3	4	3	5	2	3	4	4	5	2
Cooperação	1	3	2	5	3	3	4	4	5	3	3	4	3	5	2
Positividade	1	2	1	4	2	3	3	3	4	2	3	4	3	4	2
	Autoconceito														
Sentimento positivo de si	1	3	1	4	2	2	3	3	4	2	3	4	3	4	2

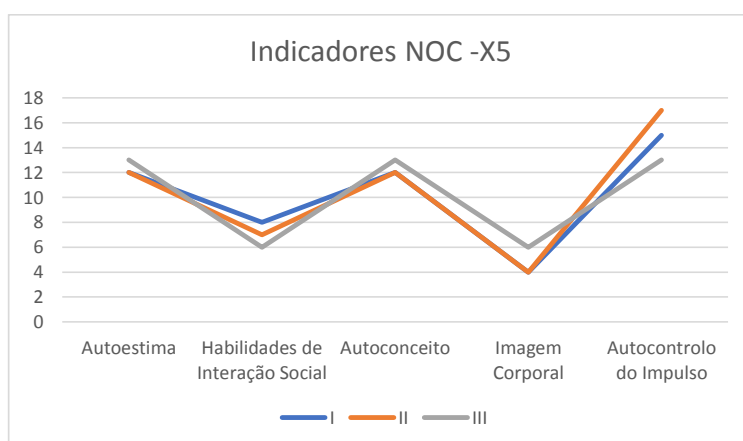
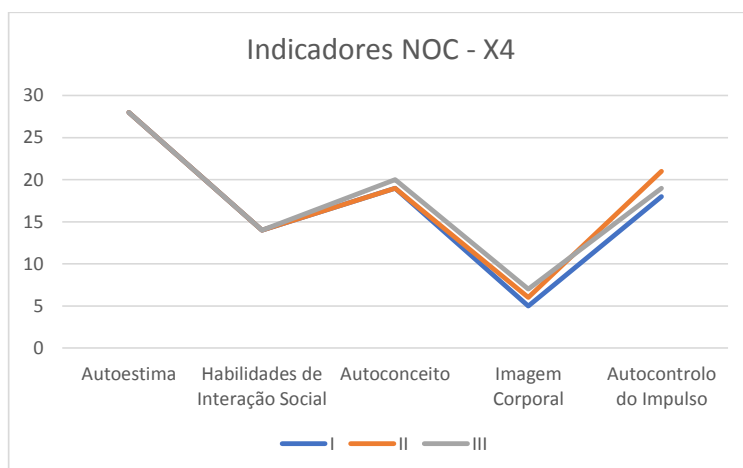
Reconhece capacidades e limitações	2	2	2	4	2	2	4	4	4	2	3	3	3	4	2
Reflete acerca dos pensamentos e/ou sentimentos	2	2	3	4	3	3	4	3	4	3	3	3	3	4	3
Lembra-se de si mesmo no passado	1	4	2	4	3	3	4	2	3	3	3	3	3	4	3
Imagina-se no futuro	2	3	2	3	2	3	4	4	4	2	3	4	4	4	3
	Imagem Corporal														
Satisfação com a aparência corporal	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	4	3
Satisfação com a função corporal	3	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3
	Autocontrolo do Impulso														
Expressa sentimentos	2	3	3	4	2	3	3	4	4	3	3	4	4	4	3
Verbaliza controlar impulso	1	3	2	3	2	3	2	3	4	3	3	3	4	3	2
Identifica sentimentos como raiva e frustração	1	4	2	2	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2
Mantém perceção dos pensamentos/sentimentos	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
Exibe afetos adequados à situação	2	2	1	3	3	3	2	4	4	3	3	4	3	3	2
Exibe ou deseja controlo dos impulsos	2	2	2	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2

Resiliência Pessoal															
Verbaliza perspectiva positiva	1	2	3	4	3	1		3	4		2	2	4	4	3
Expressa emoção	2	2	3	4	3	2		3	4		3	3	4	5	3
Pesa alternativa para resolução de problemas	2	2	3	4	3	3		3	3		3	3	3	4	3
Busca apoio emocional	2	2	3	3	3	2		3	4		2	3	3	3	3

Escala avaliada de 1 a 5:

- 1 – Nunca
- 2 – Raramente
- 3 – Às vezes
- 4 – Muitas
- 5 – Consistentemente





O denominado Grupo II foi o mais desafiante dos três, alguns dos elementos não se mostraram disponíveis perante a primeira intervenção com recurso ao mediador movimento. Dada a minha pouca experiência foi necessária uma intervenção mais ativa de ambos enfermeiros orientadores. Não obstante o elemento X3 adotou um comportamento de recusa e oposição com contaminação parcial do restante grupo. A sessão foi readaptada ao minuto e as próximas alteradas na integra, sendo o programa inicial reajustado. Nas seguintes sessões foi utilizado o mediador fotografia com melhoria significativa na entrega à atividade. Devido à ocorrência registada na primeira sessão nota-se uma melhoria dos indicadores NOC ao longo das três sessões. Foram registadas algumas interações nessas últimas sessões que apresentarei em seguida.

Intervenções com o Grupo 3 (“grupo da sexta-feira”)

Nº de Sessões e Data	Temática da Sessão	Justificação da Intervenção
1ª Janeiro 2020	Movimento + Desenho	- Promoção expressividade - Estimular a Auto percepção e autoconhecimento. - Incentivar a participação e interação grupal. - Promover a partilha de experiências. - Estimular o desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e comportamentais. - Promover a autoestima e o autoconhecimento. - Promover a consciência corporal. - Promoção do autocontrolo. - Promoção da expressividade. - Promoção do bem-estar.
2ª Janeiro 2020	Movimento + Desenho	- Promoção expressividade - Estimular a Auto percepção e autoconhecimento. - Incentivar a participação e interação grupal. - Promover a partilha de experiências. - Estimular o desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e comportamentais. - Promover a autoestima e o autoconhecimento. - Promoção do autocontrolo. - Promoção da expressividade.
3ª Fevereiro 2020	Movimento + Desenho	- Dar continuidade aos objetivos das sessões anteriores. - Promoção da consciência grupal. - Integrar músicas e/ou dinâmicas sugeridas pelo grupo na sessão anterior, promovendo a sua participação ativa Encerramento do plano de sessões

1ª - 2ª e 3ª Sessões Movimento + desenho	Objetivo	Descrição da Atividade	Recursos	Duração
Apresentação	Apresentação da Intervenção fazendo referência dos principais conceitos e objetivos	- Partilhar/fornecer informação relativa aos principais fundamentos teóricos nos quais se baseia a atividade em questão.	-Sala - Enfermeiros	5 min
Desenvolvimento da Atividade	- Ativação holística para o início da atividade -Promover interação dos elementos do grupo -Promover a expressividade de emoções passadas e/ou presentes - Acentuar a	1ºMomento; - Circular pela sala ao som da música - Iniciar exercícios de aquecimento ligeiros. 2º Momento; Jogos de interação e Movimento -Utilizar balões e bolas de sabão 3º Momento; Jogos de Sociometria - Posicionamento em	-Sala - Enfermeiros - Música	25 min

	tónica do momento presente com a tomada de consciência de si no “aqui e agora” - Promover a reflexão de si e do seu autoconceito - Promover autoconhecimento	relação à data de nascimento, hobbies, sensação de bem-estar e confiança. 4ºMomento; Jogos de Confiança - Agrupar dois elementos dos quais um estará de olhos vendados e cumprirá ordens do outro para se deslocar por um circuito previamente estabelecido. - Terminado os exercícios de movimento, promover a respiração profunda e relaxamento. Convidar os jovens a ocupar de novo o seu lugar sentado. - Desenhar um tema relativo à experiência vivida, sonhos, amuletos, símbolos de esperança, etc.		
Partilha e	-	- Pedir para falar acerca do que sentiram e partilhem a		10min

Encerramento		experiência. - Recolher narrativas acerca dos sentires durante esta sessão		
--------------	--	---	--	--

Grupo III

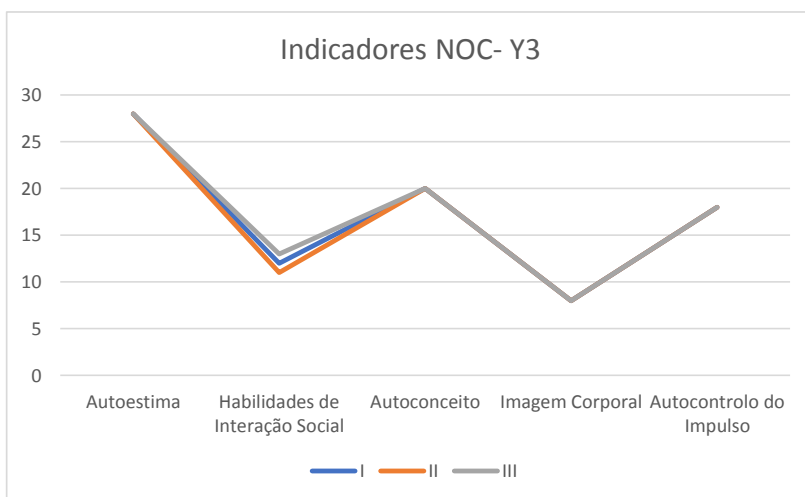
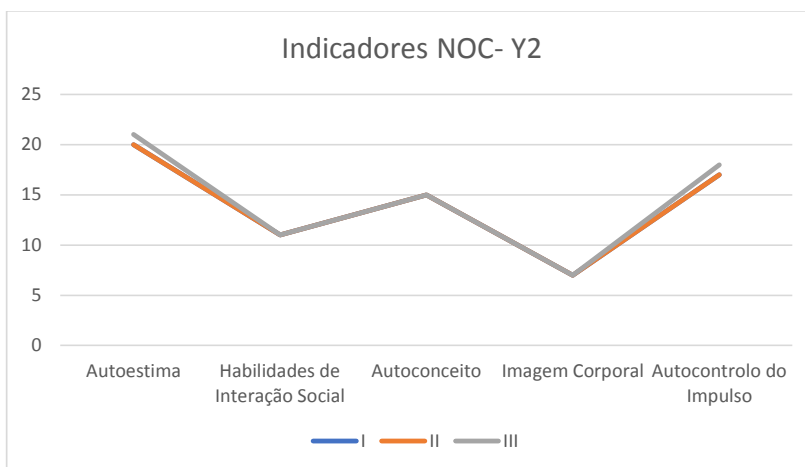
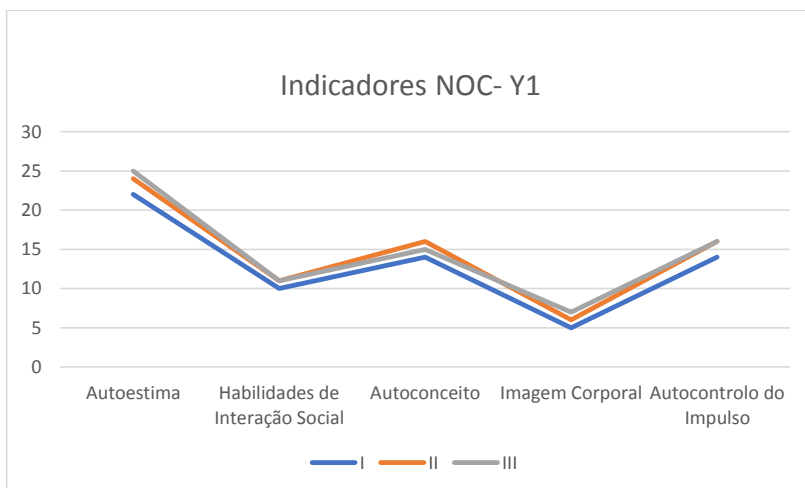
	Sessão nº1					Sessão nº2					Sessão nº3				
	Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Y1	Y2	Y3	Y4	Y5
Indicadores	Autoestima														
Verbalização de autoaceitação	3	3	4	3		3	3	4	1		4	3	4	3	
Descrição de si próprio	3	2	4	3		3	2	4	1		3	3	4	2	
Manutenção de contato visual	4	4	4	4		4	4	4	3		4	4	4	3	
Equilíbrio entre participação e escuta nos grupos	4	3	4	3		4	3	4	3		4	3	4	3	
Aceitação de crítica construtiva	4	3	4	3		4	3	4	2		4	3	4	3	
Sentimentos de autovalorização	2	3	4	3		3	3	4	2		3	3	4	3	
Descrição de orgulho em si mesmo	2	2	4	3		3	2	4	2		3	2	4	3	
	Habilidades de Interação Social														
Recetividade	4	4	5	4		4	4	4	2		4	4	5	4	
Cooperação	4	4	4	4		4	4	4	3		4	4	4	4	
Positividade	2	3	3	3		3	3	3	1		3	3	4	4	
	Autoconceito														
Sentimento positivo de si	2	3	4	3		3	3	4	2		3	3	4	3	

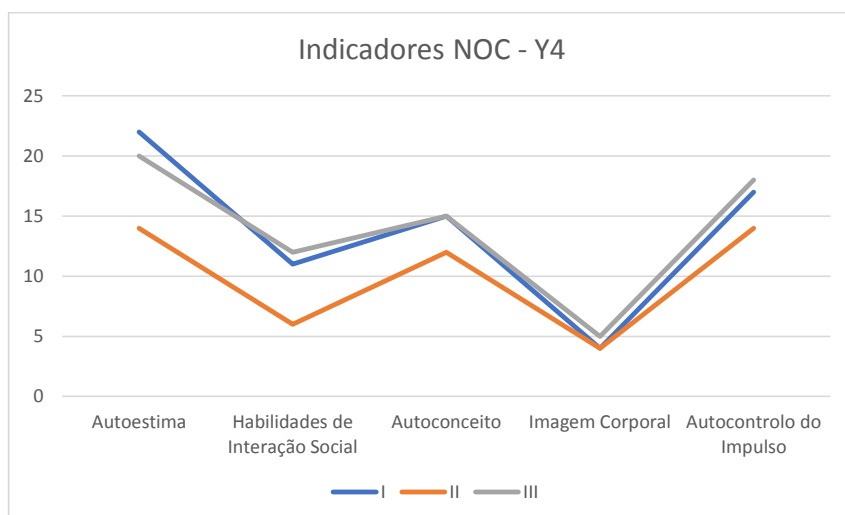
Reconhece capacidades e limitações	3	3	4	3		4	3	4	2		3	3	4	3	
Reflete acerca dos pensamentos e/ou sentimentos	3	3	4	3		3	3	4	3		3	3	4	3	
Lembra-se de si mesmo no passado	3	3	4	3		3	3	4	3		3	3	4	3	
Imagina-se no futuro	3	3	4	3		3	3	4	2		3	3	4	3	
	Imagem Corporal														
Satisfação com a aparência corporal	2	3	4	2		3	3	4	2		3	3	4	2	
Satisfação com a função corporal	3	4	4	2		3	4	4	2		4	4	4	3	
	Autocontrolo do Impulso														
Expressos sentimentos	3	3	3	3		3	3	3	2		3	3	3	3	
Verbaliza controlar impulso	1	2	3	3		2	2	3	2		2	3	3	3	
Identifica sentimentos como raiva e frustração	1	3	3	3		2	3	3	3		2	3	3	3	
Mantém perceção dos pensamentos/sentimentos	3	3	3	3		3	3	3	3		3	3	3	3	
Exibe afetos adequados à situação	3	3	3	3		3	3	3	2		3	3	3	3	
Exibe ou deseja controlo dos impulsos	3	3	3	2		3	3	3	2		3	3	3	3	

Resiliência Pessoal														
Verbaliza perspectiva positiva	2	3	4	3		3	3	3	3		3	3	5	4
Expressa emoção	3	3	4	2		3	4	4	3		4	3	4	3
Pesa alternativa para resolução de problemas	2	3	4	3		3	3	4	3		3	3	4	3
Busca apoio emocional	3	2	3	3		3	3	4	3		3	3	4	3

Escala avaliada de 1 a 5:

- 1 – Nunca
- 2 – Raramente
- 3 – Às vezes
- 4 – Muitas vezes
- 5 – Consistentemente





O grupo III foi globalmente o mais disponível, o elemento Y5 nunca apareceu em nenhuma das sessões. Na maioria dos participantes não se verificaram alterações significativas nos resultados dos indicadores NOC. Contudo Y4 teve uma segunda sessão intensa durante a qual verbalizou tristeza, desesperança e descrença no seu percurso terapêutico. A segunda sessão foi por isso reajustada ao minuto para ir ao encontro daquele achado.

Considerações Finais

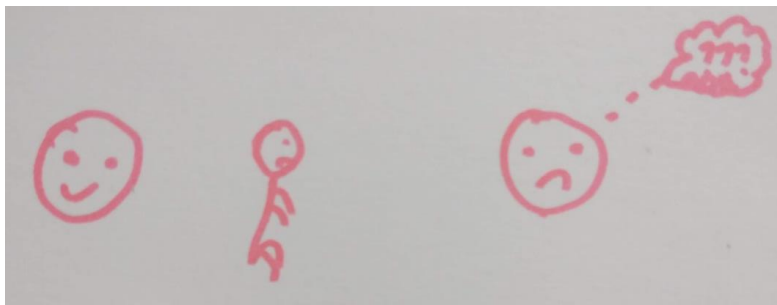
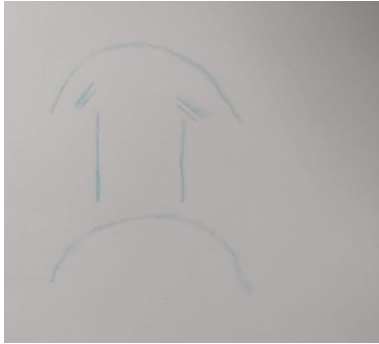
A intervenção do enfermeiro ESMP junto de grupos terapêuticos é tão desafiante quanto gratificante. O gerir vários jovens em simultâneo num contexto terapêutico não é fácil nem linear, mas confronta-nos quer com o outro quer connosco de uma forma constante quase “ao minuto”, é uma aprendizagem rica das várias dimensões da relação de nós próprios, da importância da comunicação e daquilo que é dos outros e ressoa em mim e o que é meu e ressoa perante os outros. Para se iniciar qualquer tipo de intervenção tem de se construir uma relação, teremos de ser em primeira instância parte integrante do grupo e ser reconhecidos dentro do mesmo para que a nossa intervenção seja minimamente terapêutica. O estabelecer desta relação requer tempo, reflexão e estudo, é morosa e complexa. Demorou assim mais tempo do que equacionara o início das intervenções planeadas, mas em todas as sessões prévias, ainda que não planeadas ou estruturadas por mim

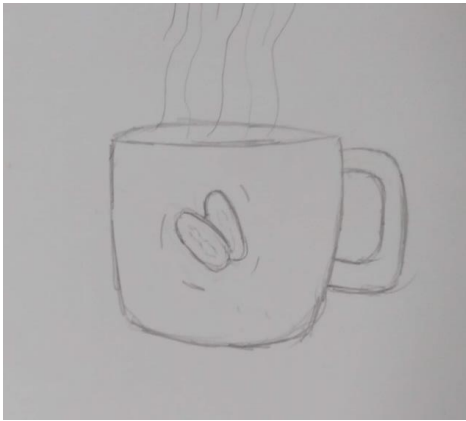
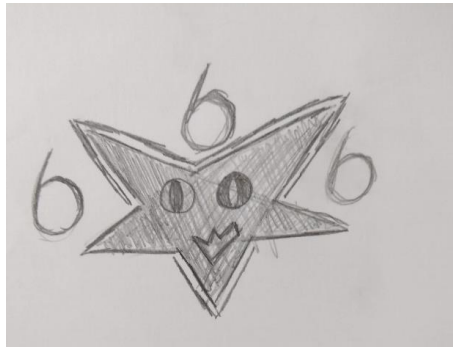
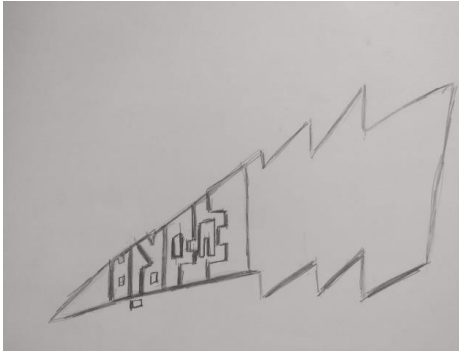
desempenhei papel de co-terapeuta e fui realizando as minhas aprendizagens, construindo o meu caminho e o meu percurso académico com base em reflexões diárias e na discussão e partilha com os orientadores. Foi uma viagem extraordinária na qual pude desempenhar vários papéis e vestir vários personagens, mas o maior ganho foi sem dúvida o meu crescimento pessoal e profissional. Foi extremamente importante poder dar o meu contributo ao processo terapêutico destes jovens, mas saiu com a sensação de que trouxe mais deles do que aquilo que deixei de mim. Contudo a troca deu-se, o crescimento aconteceu e os objetivos foram atingidos.

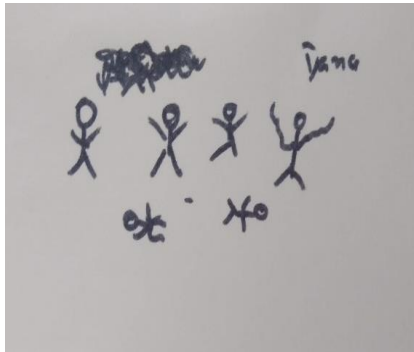
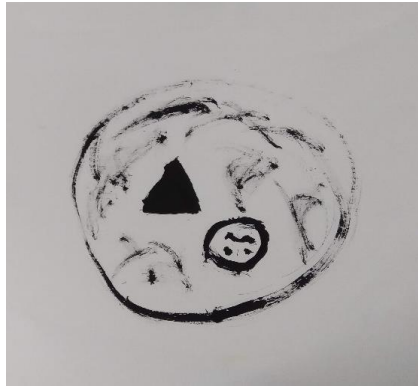
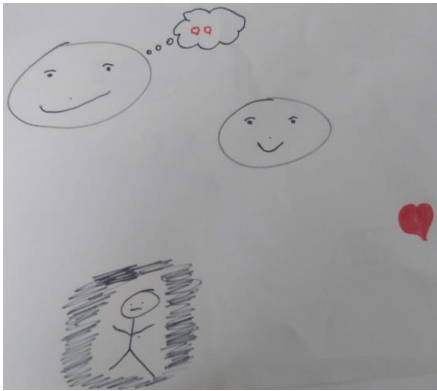
Algumas produções e registo de interações.

As produções apresentadas pelos jovens têm o significado que os mesmos lhes atribuem pelo que não serão aqui discutidas ou analisadas, remeto-as aqui pelo valor expressivo e pela riqueza que trazem à intervenção.









Registo de interação - U1 - “Se fosses...o que serias”

Categorias	Respostas	Justificações	Sentir do Terapeuta e Interações mais relevantes
Cores	Amarelo	“porque gosto da cor, habitualmente gosto de cores vivas...gosto do amarelo”	Sinto que tem dificuldade e se abstrair do concreto, não adere facilmente a este tipo de pensamento nesta fase inicial.
Fruto	Não responde	“...não sei mesmo, nunca pensei nas coisas assim, acho que não consigo escolher nenhum...”	Eu: “...não queres tentar... pela textura, pela cor, pelo sabor, pelo aspeto...sei lá...” U1: “...não, não consigo”.
Parte do corpo	Cérebro	“é o mais importante... racional ainda que seja apenas aí que se encontram as emoções...frágil, complexo”	“ainda que as emoções estejam sim no cérebro, têm repercussões em tudo o resto...em todo o corpo...”
Comida	Peixe	“Não pelo prato em si, mas porque é aquilo que normalmente ninguém gosta ou quer...é discreto”	Eu: “também te sentes assim?” U1: “... às vezes, mas é o facto de o peixe passar despercebido que escolhi...e porque gosto do animal em si...”

Animal	Peixe	“um peixe qualquer...um daqueles de águas profundas que não é chateado por nenhum humano”	“Águas profundas, daquelas cheias de mistérios e animais que ainda ninguém conhece... (acede que sim com a cabeça e sorri)
Objeto	Phones	“gosto muito de ouvir música...sozinho...”	Eu: “...sozinho ou com mais alguém... (fica pensativo) Eu: “Já foste a algum concerto?” U1: “Não fui, mas gostava” Eu: “Diz-me um concerto a que gostavas de ir...” U1: “Um qualquer dos meus grupos favoritos...” Eu: “Ias com quem?” U1: “Com amigos...”
Divisão da Casa	Escritório	“Sempre gostei de ter um escritório...gostava de ter um..., mas o meu quarto é parecido... aqui com o computador onde jogo,	Volta a reforçar o estar recolhido em si, ainda que comunique com outras pessoas virtualmente.

Atividade de tempos Livres	Ver séries (fiquei indeciso com o livro – também gosta de ler”	“gosto de ver séries...”	Eu: “que séries...que tipo gostas de ver?” U!:"Hummm, talvez o walking Dead...ou outras assim de apocalipse ...” E: “Gostas de séries acerca do apocalipse ou é do conceito em si... U1: “É do conceito em si... às vezes até gostava que houvesse um...gosto de pensar em estratégias de sobrevivência...” EU: “Mas já fizeste alguma pesquisa acerca disso...foste escuteiro...que estratégias d sobrevivência conheces?” U1: “Sei lá...esconder-me, passar despercebido, arranjar armas para me defender...por exemplo, num apocalipse teria de ir até uma esquadra para arranjar armas e talvez fosse mais fácil sobreviver num grupo...tínhamos mais força para lutar...por outro lado, sozinho safava-me melhor...” Eu: “Lutar contra o quê? U1: “Zombies por exemplo...”
----------------------------------	--	-----------------------------	---

Herói de Banda desenhada	Batman	“Fez – me lembrar o homem de ferro ... ele no fundo não tem poderes, vai construindo um facto que se torna autossuficiente... é só inteligente, constrói as suas próprias armas”	Eu: “Também és autossuficiente?” U1: “Sim...gostava” E: “...mas até o Batman precisa de um Robin...” U1: “Nem por isso... há versões nas quais o batman tem apenas um assistente”
Tipo de Música	À escolha - Indie	“Gosto de muitos tipos de música, mas gosto mais da Índie...a música Indie é toda aquela que saí do comum ... que sai do circuito mais comercial...”	“Gostas de sair das escolhas das massas...” U1: “Sim...é isso, não gosto do que é obvio e comum...”
Profissão	Escritor	“Gosto de estar comigo, a fazer a minhas coisas...ainda que saiba que a rotina é importante, poderia organizar a minha vida os meus próprios horários...”	EU: “Os horários e a rotina...são um problema para ti?” U1: “Eu sei que são importantes e até gosto ...sei que é bom... bom..., mas preferia fazer as minhas próprias rotinas.



