



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Intervenções de Enfermagem Baseadas na Promoção das Forças Pessoais de Crianças com Perturbação do Comportamento

Amélia Maria Tomé Marques da Rosa

Lisboa

2018



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Intervenções de Enfermagem Baseadas na Promoção das Forças Pessoais de Crianças com Perturbação do Comportamento

Amélia Maria Tomé Marques da Rosa

Orientador: António Jorge Antunes Nabais

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Nasci nos Olivais com malta de bairro, toda a gente tinha alcunhas, eu era o Cabeças. Éramos putos, só fazíamos porcaria, as nossas brincadeiras eram brincadeiras de crianças mas com uma vertente agressiva, elevávamos sempre o nível! Por exemplo, à noite jogávamos às escondidas mas, nesse processo, arrombávamos mercearias e íamos roubar pastilhas... Ou, então, jogávamos à bola à uma da manhã, fazíamos um cagaçal no meio da rua, vinha a polícia refilar e tirar-nos a bola. Uma vez, nos Santos, fizemos uma fogueira gigante com caixotes de fruta e começámos a atirar latas de spray para o meio.”

António Raminhos em entrevista

ao Jornal de Negócios de 25 de agosto de 2017

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APIA – Apreciação, Problema, Intervenção, Avaliação

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CNSM – Comissão Nacional para a Saúde Mental

DR – Diário da República

DSM V – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5ª edição

EESMP- Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica

NIC – *Nursing Interventions Classification* (Classificação das Intervenções de Enfermagem)

NOC – *Nursing Outcomes Classification* (Classificação dos Resultados de Enfermagem)

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSM- Plano Nacional de Saúde Mental

SBC – Cuidar Baseado nas Forças

SDQ - *Strengths and Difficulties Questionnaire* (Questionário de Capacidades e Dificuldades)

UIPIA- Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

RESUMO

Este relatório consiste na descrição da implementação de um projeto de intervenção em crianças com perturbação do comportamento, desenvolvido no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, com vista à aquisição e desenvolvimento das competências de especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

O projeto teve como finalidade, a promoção das forças pessoais de crianças, com perturbação do comportamento, através de intervenções individuais de enfermagem e de grupo, com vista a melhorar e recuperar a sua saúde mental. Os objetivos gerais foram desenvolver e compreender os impactos das intervenções socioterapêuticas nos grupos de crianças, de forma a melhorar a saúde mental destas e também promover o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto enfermeira. Para se atingir os objetivos propostos integrou-se uma unidade de internamento e um hospital de dia, na área da pedopsiquiatria. Neste último local integrei a unidade como coterapeuta em um grupo terapêutico. A compreensão de como as crianças podem melhorar a sua saúde mental foi baseada no modelo de enfermagem do “Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças” de Gottlieb, as intervenções no modelo sociodramático de Moreno e a evolução do grupo teve em conta o modelo interacional de Yalom. Os grupos terapêuticos propiciaram às crianças o reconhecimento de algumas forças pessoais tais como: o sentimento de sermos aceites como somos, e de sermos capazes de novos papéis, o conseguir agradar ao outro, revelarmo-nos sem os outros nos julgarem, capacidade de se autonomizarmos da família, capacidade de criar novas relações interpessoais, a coragem de se externalizar conflitos internos, a criatividade, a assertividade para resolver conflitos e o reviver memórias de bem estar. A consolidação das competências de enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica ocorreu pela busca de conhecimento científico que pudesse ser aplicado e na interação com as crianças suportada pela supervisão clínica dos orientadores.

Palavras chave: forças pessoais; perturbações do comportamento; grupo terapêutico, crianças, enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

ABSTRACT

The following report consists on the description of a project which implements an intervention in children with behaviour disorders. This report was developed within the psychiatry and mental health nursing and with the purpose of acquiring knowledge and expertise to become a psychiatry and mental health nurse specialist. The project has the objective of promoting personal strength in children that have some kind of behaviour disorders, by nursing intervention's individually and in groups, helping them improve and heal their mental health problem. The general objectives were developing and understanding the impacts of the sociotherapeutics interventions in the groups of children, so it was possible to improve their mental health and also promote my personal development and professional as a nurse.

To reach those objectives I made two internship's in a inpatient care unit and a day care hospital. In the last I joined as cotherapist in a therapeutical group.

The nurse interventions and the undestanding how children can improve mentally was based on the nursing theory "Strenght-Based Nursing Care" by Gottlieb and the sociodramatic theory of Moreno and the evolution of the group were taken in consideration using the Yalom interaction theory. The therapeutical groups gave children the recognition of some of their personal strenghts, such as the feeling of being accepted has they are, of being capable of new roles, pleasing others, revealing themselves to others without being judged, capability of becoming independent from their families, create new relations, the courage revealing internal conflicts, creativity, solving their conflicts and living or remembering memories of well being. The consolidation of the expertise and knowledge as mental and psiquiatrics specialist nurse ocorred by the search of knowledge who could help in the process and by interacting with the children, suported by the supervision of the internship tutors.

Key-Words: Personal Strenghts; Behaviour Disorders; Terapeutical Group; Children; Mental and Psychiatric Nursing.

Índice

INTRODUÇÃO.....	10
PARTE I.....	12
1. CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO.....	12
2. O MODELO DO “CUIDAR EM ENFERMAGEM BASEADO NAS FORÇAS” E AS CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO	14
3. DOIS MODELOS DE INTERVENÇÃO EM GRUPOS TERAPÊUTICOS..	15
3.1. O Modelo Interacional de Yalom	15
3.2. O Modelo Moreniano de Psicodrama e Sociodrama	17
3.3. Sobre os Jogos Dramáticos no Sociodrama	20
4. SOBRE O ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	21
5. FINALIDADES E OBJETIVOS	23
6. NOTAS BREVES SOBRE AS METODOLOGIAS DE OBSERVAÇÃO	24
PARTE II.....	27
7. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	27
7.1. Na Unidade de Internamento.....	27
7.2. No Hospital de Dia	30
7.2.1. Descrição da Intervenção.....	31
8. QUESTÕES ÉTICAS.....	44
9. AVALIAÇÃO GERAL DO PROJETO	45
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50

ANEXOS

Anexo I. Técnicas para trabalhar as forças no modelo de SBC

Anexo II. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental

Anexo III. Questionários SDQ auto preenchidos

APÊNDICES

Apêndice I. Diário de Aprendizagem

Apêndice II. Estudo de Caso

Apêndice III. Caracterização dos participantes do grupo terapêutico

Apêndice IV. Registos escritos e grelhas de observação direta das sessões de grupo terapêutico

Índice de Tabelas

Tabela 1. Pontuação inicial de auto-avaliação inicial SDQ-por (A 11-17) 34

Tabela 2. Resultados de auto-avaliação inicial SDQ-por (A 11-17) 35

Índice de Figuras

Figura 1. Habilidades de Participação no Jogo (NOC®) 39

Figura 2. Habilidades de Interação Social (NOC®) 39

INTRODUÇÃO

O presente relatório resulta da implementação de um projeto de estágio (denominado neste relatório de Projeto), no âmbito do 7º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e servirá para discussão pública, como forma de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. A escolha do tema do Projeto decorreu das vivências decorrentes de sete anos de exercício profissional, enquanto enfermeira de saúde escolar numa Unidade de Cuidados na Comunidade, e teve como meta a aquisição e aprofundamento das competências específicas de especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (EESMP) que no futuro podem servir para melhorar as práticas profissionais, em contexto comunitário.

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde mental é um estado de bem-estar em que o indivíduo consegue identificar as suas competências, pode lidar com os eventos de tensão da sua vida, trabalha com produtividade, atinge resultados e é capaz de contribuir para a sua sociedade.

A pertinência do tema das perturbações de comportamento na infância e adolescência tem a ver, por um lado com a sua elevada incidência, segundo a CID-10 constitui 90% de todas as perturbações psiquiátricas em idade escolar e por outro, porque a maioria das doenças mentais observadas nos adultos podem ter tido início na infância. Em Portugal não existem dados estatísticos sobre a sua prevalência, mas a prática clínica sugere um aumento deste tipo de perturbações na população infantojuvenil.

O Projeto teve como finalidade a promoção das forças pessoais de crianças com perturbação do comportamento, através de intervenções de enfermagem em grupo, com vista a melhorar e a recuperar a sua saúde mental. A questão das forças pessoais tem a ver com uma mudança de paradigma, ao invés de se centrar nos seus défices, procura-se descobrir as suas forças. Os ambientes contêm forças que compelem para o seu fomento ou para colmatar o défice. Os enfermeiros trabalham com as pessoas e os seus ambientes, e podem desenvolver as forças que promovam a sua cura e a sua saúde. O modelo de referência de cuidados é o “Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças”

designado de SBC, centrado nas potencialidades únicas de cada pessoa: as forças de (Gottlieb, 2016).

As intervenções de grupo foram baseadas no modelo sociodramático de Moreno e o entendimento sobre a evolução do grupo, no modelo interacional de Yalom e suportadas por uma formação (em curso) para Diretor de Sociodrama na Sociedade Portuguesa de Psicodrama. O projeto foi desenvolvido em dois contextos diferentes: numa unidade de internamento de infância e adolescência (UIPIA) e num hospital de dia, pertencentes ao mesmo hospital. Este facto permitiu o acompanhamento das equipas de saúde e das crianças em dois contextos distintos, sendo que este relatório, incide mais profundamente sobre o segundo campo de estágio, no hospital de dia.

Resumidamente os objetivos deste Projeto foram :

- Descrever intervenções socioterapêuticas num grupo de crianças com perturbação do comportamento;
- Compreender alguns impactos das intervenções individuais de enfermagem e de grupo, no comportamento das crianças;
- Descrever a consolidação das competências de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O relatório está organizado em duas partes, na primeira parte desenvolvem-se as questões relacionadas com a problemática e os quadros conceituais de suporte. Na segunda parte apresenta-se a implementação do projeto, finalizando com as considerações éticas, as limitações e considerações finais.

PARTE I

1. CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO

Os problemas de saúde mental resultam da interação complexa entre a criança, a família e o meio sociocultural em que estão inseridos, tal como é referido no documento técnico da rede de referência hospitalar. Segundo a OMS cerca de 20% das crianças e adolescentes apresentam pelo menos uma perturbação mental antes de atingir os 18 anos, sendo que a CID-10 assinala que 90% das perturbações psiquiátricas em idade escolar são da categoria das perturbações do comportamento e emocionais. Com base em estudos longitudinais longos feitos por (Eichorn, 1973, cit. por Benavente, 2001), a maioria dos problemas de comportamento nas crianças são específicos da idade e tendem a desaparecer com o crescimento. Se diferem substancialmente daquilo que é esperado para a idade da criança, em termos de tipo, severidade ou duração, pode-se falar de psicopatologia e (dependendo dos problemas de comportamento apresentados) em perturbação do comportamento. A referência a “perturbação” existe segundo Santos (2015, p.21), em duas dimensões em que a pessoa é afetada no sofrimento e no seu funcionamento. Para ser relevante a criança tem de estar afetada, quer pela frequência, quer pela duração e intensidade.

De acordo com Marcelli (1986, p. 161) “(...) as condutas sintomáticas não devem ser integradas logo numa organização patológica particular, mas ser compreendidas como testemunho da maturação progressiva da criança, (...) existe um *continuum* indo da normalidade (...) até à expressão de condutas patológicas. É a sua repetição e frequência que as tornam sinais de algo que “que se pode tornar na adolescência uma organização psicopatológica manifesta”. Como diz Marcelli (1986, p.61) “no estudo das condutas e do equilíbrio psicoafectivo de uma criança, o normal e o patológico não devem ser considerados como dois estados distintos um do outro”. O normal desenvolvimento de uma criança também gera conflitos nos seus processos de maturação e isso, só por si, é gerador de sintomas. No CID-10, as perturbações

do comportamento são caracterizadas por um padrão persistente e repetitivo antissocial, agressivo ou desafiante na conduta. Esse comportamento inclui violações que não sejam adequadas/apropriadas, face ao socialmente esperado para a faixa etária, sendo considerado severo se o padrão se mantiver por um período superior a seis meses. Algumas alterações do comportamento podem ser sintomáticas de outras condições psiquiátricas, pelo que o diagnóstico subjacente é preferível.

Existem também os seguintes subtipos: a perturbação do comportamento confinada ao ambiente familiar, a perturbação do comportamento antissocial, a perturbação socializada do comportamento, a perturbação oposição-desafio. De acordo com a Comissão Nacional de Saúde Mental (2009) as perturbações de oposição surgem como a forma menos grave das perturbações do comportamento e precedem-nas. São mais frequentes no género masculino, sendo que na primeira infância predominam os comportamentos heteroagressivos que vão diminuindo até à adolescência, aonde são mais frequentes os comportamentos antissociais. Também (Tremblay, 2010) diz que na maioria da evidência científica, os comportamentos disruptivos são universais numa fase inicial da infância.

O diagnóstico da doença só existe quando a criança falha a aprendizagem de comportamentos socialmente adequados. Os mecanismos que a favorecem são fortemente intergeracionais, baseados nas contribuições da genética e do ambiente, incluindo fenómenos epigenéticos. De acordo com Santos (2015, p.100) “ (...) é através do comportamento que frequentemente se expressa o mal-estar”. A este propósito também dizia João dos Santos (1990, p.96), “ a maior parte das coisas que se passam na escola (...) ao nível da turbulência e da inadaptação, são reflexos de um estado de tristeza profundo da criança (...) um menino que é instável e desobediente é em regra, uma criança carenciada de afeto, deprimida e aflita que só no “agir” encontra saída para a sua ansiedade. Ela pode descobrir a provocação para ser punida, como solução para preencher o vazio do abandono afetivo”.

2. O MODELO DO “CUIDAR EM ENFERMAGEM BASEADO NAS FORÇAS” E AS CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO

O modelo de referência de cuidados de enfermagem é o “Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças”, designado de SBC, centrado nas potencialidades únicas de cada pessoa: as forças de Gottlieb(2016). Utilizando o metaparadigma de enfermagem, define que a **saúde** é o que os indivíduos e famílias aspiram, mas que a **pessoa** é um todo que funciona de forma integrada. Os **ambientes** contêm forças que compelem para o fomento ou o seu défice e que por fim os **enfermeiros** trabalhando com as pessoas e os seus ambientes devem desenvolver forças que promovam a cura e a saúde. A este propósito a autora diz:

as forças são qualidades únicas e especiais da pessoa e da família que definem a sua personalidade (...) são aptidões da pessoa e elas aparecem de muitas formas, incluindo ativos, capacidades, competências, recursos, habilidades, talentos e dons (...) podem ser biológicas, emocionais, psicológicas ou sociais (...) internas (motivação, coragem, resiliência), (...) assim como externas (...) relações, suporte, religião, espiritualidade. (Gottlieb, 2016, p.414).

Os enfermeiros necessitam de considerar três origens das forças: a) forças já existentes e recursos; b) potenciais; c) défices que podem ser convertidos em forças (vide anexo I). As pessoas nascem com determinadas capacidades e forças, contudo no decorrer do seu crescimento, os processos de desenvolvimento impelem-nas para desafios e todos requerem formas de aprendizagem. “as forças desenvolvem-se primariamente através da interação da pessoa com o seu ambiente (...)”. (Gottlieb,2016, p.141).

Esta teoria caracteriza-se por se concentrar nas competências e recursos da pessoa e, assim se justifica a sua aplicação ao contexto do Projeto como forma de suportar a intervenção de enfermagem de saúde mental.

3. DOIS MODELOS DE INTERVENÇÃO EM GRUPOS TERAPÊUTICOS

A participação dum adolescente num grupo de congéneres, a sua inserção num bando, constituem factos de observação corrente. As relações estabelecidas entre o adolescente e os seus pares, para além das implicações sociológicas evidentes de que são testemunhas, desempenham igualmente um papel de primeiro plano no processo psíquico em curso. Com efeito, se o «bando» encontra inicialmente e antes de tudo a sua origem, a sua definição, nos fatores sociológicos que o determinam e o condicionam, a necessidade que o adolescente tem de estar em «grupo» responde a motivações intrapsíquicas relacionadas com este processo (..) assim o grupo pode ser utilizado como lugar de exteriorização das diferentes partes do adolescente. (Marcelli & Braconnier, 2005, pp. 46-47).

3.1. O Modelo Interacional de Yalom

Irvin Yalom psiquiatra americano, desenvolveu um modelo interacional nos grupos em que também se aborda questões relacionadas com as forças. Segundo Yalom (2000), citado por Guerra & Lima (2013, p.87), “o grupo terapêutico oferece não uma terapia individual diluída, mas, pelo contrário, uma maior possibilidade de mudanças e trocas terapêuticas diversificadas que não ocorrem individualmente”. Dentro de um grupo podem emergir várias forças intrapessoais, interpessoais e grupais. As forças grupais estão vinculadas à história individual e ao grupo primário, aonde a memória inconsciente e as ligações afetivas aos pais e irmãos ficaram gravadas, sendo que as experiências no grupo as reativam. Ainda (Guerra & Lima, 2013) referem na corrente humanista aonde se insere Yalom, o importante é que a pessoa descubra o seu caminho e que, no “aqui e agora”, o como sente e como é, seja mais importante que o porquê causal. Existe um elo de ligação constituído pelos onze fatores identificados por Vinogradov & Yalom (2016) :

1. **Infundir a esperança:** o paciente acreditar na eficácia do tratamento e o terapeuta manter a esperança é fundamental para o cenário grupal ter êxito;
2. **Universalidade:** muitos pacientes sentem uma sensação de isolamento e estão convencidos que são os únicos. Nas primeiras

fases do grupo, sentem um alívio por sentirem que não estão sós com os seus problemas;

3. **Transmitir informação:** sempre que o terapeuta instrui didaticamente os pacientes sobre o funcionamento mental e físico, ou então existe uma troca de conselhos entre os membros;
4. **Altruísmo:** Os pacientes nos grupos de terapia ajudam-se entre si, a experiência de ser útil aos outros pode ser muito gratificante. O ato altruísta não só potencia a autoestima como distrai de uma excessiva concentração em si próprio;
5. **Desenvolvimento de técnicas de socialização:** a aprendizagem social e o desenvolvimento de habilidades básicas sociais é um fator terapêutico que ocorre em todos os grupos. Nos adolescentes que sofrem de problemas de conduta pode-se utilizar técnicas de role playing para situações da sua vida. Nos grupos de orientação interativa;
6. **Comportamento imitativo:** os membros da terapia de grupo beneficiam da observação da terapia no outro, com problemas similares. Contudo este efeito é subestimado.
7. **Catarse:** é um fator terapêutico complexo, associado à universalidade e à coesão. É o puro ato de soltar as emoções em si mesmo, apenas serve de alívio emocional. O importante é compartilhar o mundo interior e ser aceite pelos outros e também compreender o significado da experiência emocional intensa.
8. **Recapitulação corretiva do grupo familiar primário:** muitos pacientes iniciam a terapia com experiências insatisfatórias junto do seu grupo (família primária). O que é importante é que os conflitos familiares sejam reinterpretados. O papel do líder do grupo é questionar os papéis rígidos das estruturas familiares e fomentar que se experimentem novos comportamentos.
9. **Fatores existenciais:** um dos enfoques existenciais para compreender os problemas dos pacientes postula que a luta primordial do ser humano é aquela que tem lugar contra : a morte, o isolamento, a liberdade e a carência de sentido. A relação sólida

e a confiança entre os membros – o encontro básico, íntimo- tem um valor intrínseco, já que proporciona uma presença e um «estar com» frente à dura realidade.

10. Coesão: A coesão de grupo é uma das características mais complexas e absolutamente essencial ao êxito da terapia. Os membros de um grupo coeso aceitam-se e apoiam-se mutuamente e tendem a formar relações significativas no seio do grupo. O comportamento social exigido pelos membros do grupo também resulta adaptativo para o indivíduo na vida social fora do grupo.

11. Aprendizagem interpessoal: para compreender a sua utilização devemos estudar quatro conceitos subjacentes: a importância das relações interpessoais; a necessidade de experiências emocionais corretivas; o grupo como microcosmos social; a aprendizagem dos padrões de comportamento no microcosmo social.

Por fim acrescenta-se que os pacientes só beneficiam da terapia de grupo se revelarem uma grande parte de si mesmo.

3.2. O Modelo Moreniano de Psicodrama e Sociodrama

Jacob Levy Moreno médico psiquiatra, fundou em 1921 em Viena o Teatro da Espontaneidade, experiência que constituiu a base dos seus modelos de psicoterapia de grupo, que designou de psicodrama e sociodrama.

Por psicodrama entende-se de forma sumária e como refere Ribeiro & Correia (2016, p.68) “uma psicoterapia que coloca o indivíduo no cenário da sua vida relacional, lugar no qual os seus problemas podem ser exteriorizados e, com a ajuda de agentes terapêuticos trabalhados (...).

O sociodrama, como apresenta Schützenberger (2003, p.323) “é o jogo dramático dos problemas gerais. Uma imagem das idas e voltas das relações entre os indivíduos de um grupo”. E Moreno diz o seguinte:

o verdadeiro sujeito de um sociodrama é o grupo (...) o sociodrama, baseia-se no pressuposto tácito, de que o grupo formado pelo público já está organizado pelos papéis sociais e culturais de que, em certo grau, todos os portadores da cultura partilham. É o grupo como um todo, que tem de ser colocado no palco para resolver os seus problemas, mas como o grupo é apenas uma metáfora e não existe per si, o seu conteúdo real, são as pessoas interrelacionadas que o compõe, não como indivíduos privados, mas como representantes da mesma cultura. O sociodrama, portanto, para tornar-se eficaz, deve ensaiar a difícil tarefa de desenvolver métodos de ação profunda, em que os instrumentos operacionais sejam tipos representativos de uma dada cultura e não indivíduos privados. (Moreno, 2006, p.413).

Se decomposermos a palavra Sociodrama, temos “socio” que vem de social e “drama” que significa ação, ou seja, o grupo em ação. Este consiste então na terapêutica de grupos que habitualmente convivem entre si, onde são trabalhados papéis sociais, profissionais e culturais que o sujeito desempenha e partilha.

Os instrumentos do psicodrama e do sociodrama são: o protagonista que no caso do sociodrama é o grupo; o diretor representado pelo principal terapeuta, os egos auxiliares que representam pessoas da vida real, o auditório que é constituído pelos membros do grupo e o cenário, o espaço aonde tudo é possível, corresponde ao palco no teatro. As sessões ocorrem numa sequência de três fases: o aquecimento inespecífico e específico, a dramatização e os comentários. Acrescenta ainda (Nery, Costa, e Conceição, 2006), as etapas propostas por Moreno para que todos se mobilizem e participem são:

1) Aquecimento: preparação dos membros do grupo para o evento, em que o diretor pode usar diversos recursos, como a exposição oral, a música e textos relacionados ao tema a ser abordado para mobilizar os sujeitos a participarem nas polémicas e conflitos que forem emergindo no encontro;

2) Dramatização: aprofundamento ou vivência do tema/problema por meio de cenas ou personagens vividos pelos membros do grupo no espaço cénico, sendo que também pode ocorrer uma intervenção específica para um confronto sociométrico construtivo em relação ao tema ou às interações que surgem no evento. O diretor coordena o grupo com técnicas de ação, visando a manifestação da maioria sobre o tema protagonizado, ou contribui para que o protagonista do sociodrama expresse o sofrimento grupal;

3) Partilha: fase de compartilhar os sentimentos e de identificações com as problemáticas tratadas. O diretor busca uma reflexão, por parte de todos, do que aconteceu no sociodrama;

Outro aspecto não menos importante desta teoria, são os papéis. Segundo Moreno (1946) o homem encontra-se sempre a criar um elo de ligação entre a sua personalidade e a cultura, a estruturar uma unidade cultural e assim a desempenhar um papel. Existem papéis sociais (filho, mãe, cônjuge, professor, etc.), psicossomáticos (a satisfação das necessidades fisiológicas) e psicodramáticos (mundo da criatividade e do sonho). Também Pio Abreu (2006, p.58) diz que: “ ao iniciar a dramatização protagonista assume os seus papéis psicodramáticos. Deste simples fato pode resultar uma mudança na sua vida o que terá então um efeito terapêutico. “ E ainda diz (Pio Abreu, 2006, p.85) “ a possibilidade de representar combinações simbólicas no palco constitui uma extraordinária oportunidade para o protagonista (...) promove a defesa pela fantasia, a flexibilização cognitiva (...) bem como a possibilidade de reorientar um esquema cognitivos e afetivos.”

Outro autor de referência para o desenvolvimento do psicodrama e sociodrama é Rojas-Bermudez, com a sua teoria do núcleo do EU. Tal como refere (Soeiro, 1991, p.27) “ a vinculação com papéis complementares far-se-á tanto mais facilmente quanto mais desenvolvido estiver o papel”. Este autor apresenta o nosso núcleo do EU envolto por uma membrana elástica e donde partem três braços, os papéis. Temos assim uma estrutura que resulta da integração de três áreas (mente, corpo, ambiente) e dos três papéis psicossomáticos (ingeridor, defecador e urinador). As psicopatologias resultariam das porosidades entre as três áreas e a doença mental resulta das distorções, na ligação do indivíduo, ao ambiente. Neste âmbito também são importantes as questões diagnósticas que segundo refere Vieira (1999, p.24).” (...) não é o psiquiátrico, mas sim o diagnóstico do tipo particular de vínculo, de interação e de encontro, ou seja, de qual forma particular de ser e estar no mundo.” Ainda segundo este mesmo autor “após o estudo dos únicos 23 trabalhos de investigação metodologicamente corretos publicados entre 1952 e 1982, Kellermen concluiu que o psicodrama teve influencia positiva nas seguintes variáveis consideradas: personalidade, locus de controle,

sintomatologia, postura e comportamento expresso, sendo especialmente útil em alterações do comportamento, reações de ajustamento, perturbações antissociais ou relacionadas.” (Vieira, 1999, p. 28).

3.3. Sobre os Jogos Dramáticos no Sociodrama

A finalidade do jogo está numa capacidade espontânea que leva à liberdade criativa, que permite que viajemos num mundo do imaginário e assim, se reconstrói e descobrem novas formas de atuar. Também é importante que as pessoas do grupo queiram jogar e estejam dispostas a isso, reafirmando a sua especificidade e a sua busca espontânea e criativa.

Na nossa infância o jogo tem um papel importante no desenvolvimento mental, tal como refere (Vigotsky, 2012, p.27) “ (...) o jogo da criança não é uma simples recordação do que viveu, é antes uma reelaboração criativa das impressões já vividas”. E com isto se percebe que eles são produto do que já viveram.

De acordo com Andrade (2001) que refletiu sobre o tipo de jogos infantis e de adolescentes, estes podem dividir-se em sete categorias diferentes, vejamos:

- I. Jogos corporais motores: sem regras, sem simbólico. Utiliza-se o corpo como mediador. Ex. guerra de almofadas, simples toques e lutas generalizadas;
- II. Jogos corporais expressivos: sem regras, nem situação representada. Desenvolvidos com uma parte do corpo. Pode utilizar-se instrumentos (musicais, outros);
- III. Jogos simbólicos motores: não há regra, mas uma situação, pessoa ou relação ausente que se quer representar. Pode ser mediado por objetos, ser teatral ou utilizando o corpo;
- IV. Jogos simbólicos exclusivamente verbais: sem regra definida, situação, pessoa, situação que se quer representar, reviver, mas que permanece só no verbal simbólico;

- V. Jogos motores com regras: com regras definidas, mediados pelo corpo ou objetos como bolas. Não têm representação simbólica. São muito do tipo competitivo;
- VI. Jogos de regras tipo salão: com regras definidas e sem contato corporal. Exemplo: dominós, damas;
- VII. Jogos verbais com regras: a linguagem verbal falada e escrita serve de mediadora das interações.

O jogo pode ter um efeito terapêutico quando permite relaxar os campos de tensão e abrandar os mecanismos de defesa, saímos do lógico e racional e entramos em contato com material inconsciente. O efeito terapêutico só se obtém quando se cria a possibilidade de rematizar a insegurança gerada nas situações traumáticas. Nas crianças e jovens utiliza-se sobretudo o sociodrama porque estamos na maioria dos casos a trabalhar o vínculo e os diferentes papéis sociais.

4. SOBRE O ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA

As intervenções de enfermagem deste relatório estão enquadradas pelas competências a adquirir como enfermeira especialista de saúde mental e psiquiatria e também pela necessidade de melhorar a formação dos enfermeiros, tal como está recomendado entre outros, no Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) (2018-2016 em extensão até 2020), e pelo Mental Health Action Plan 2013-2020 (OMS, 2013).

Segundo o Relatório Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental de 2015 “no setor da enfermagem, só nas regiões do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo, os números se aproximam do desejável, sendo particularmente baixos nas regiões do Alentejo e Algarve, não atingindo no Norte metade do desejável.” A formação de especialistas de saúde mental vem assim dar responder a uma necessidade dos cuidados de saúde.

O perfil de competências homologado pela Ordem dos Enfermeiros e publicado no Diário da República 2ª série, nº 35, de 18 de fevereiro de 2011, orienta o perfil de desempenho profissional de um enfermeiro que pretenda obter esta especialidade assim como o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental n.º 356/2015 da OE.(ver anexo II).

O enfermeiro especialista em saúde mental presta cuidados centrados no cliente ao longo do ciclo vital, em contextos profissionais, no internamento e na comunidade. Considera a pessoa como ser único inserido numa família e no seu ambiente comunitário, respeitando a sua dignidade, valores, crenças e hábitos de vida, vendo-a como parceiro preferencial e ativo, capaz de tomar decisões sobre a sua saúde e bem-estar e ser corresponsável em todo o processo de cuidados. Os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. O projeto e a sua implementação foi uma importante forma de aquisição de competências suportadas numa prática baseada em evidência científica, tal como está no preâmbulo do regulamento “o avanço do conhecimento requer que o EESMP incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática desenvolvendo uma prática baseada na evidência” (OE, 2010, p.1).

5. FINALIDADES E OBJETIVOS

O Projeto teve como finalidade, a promoção das forças pessoais de crianças, com perturbação do comportamento, através de intervenções autónomas de enfermagem individuais e em grupo terapêutico, com vista a melhorar e recuperar a sua saúde mental.

Os objetivos gerais foram os seguintes:

1. Descrever intervenções socioterapêuticas num grupo de crianças com perturbação do comportamento usando como meio a/o:

- (a) Participação como coterapeuta num grupo terapêutico que entre outras dinâmicas grupais, utiliza o sociodrama;
- (b) Pesquisa e leitura de bibliografia de referência sobre dinâmica grupal;
- (c) Observação e aprendizagem com o terapeuta orientador sobre as técnicas utilizadas;
- (d) Participação em reuniões de supervisão.

2. Compreender alguns impactos das intervenções individuais de enfermagem e de grupo, no comportamento das crianças através de/a:

- (a) Aplicação de instrumentos de recolha de informação (registos livres escritos semanais, grelha de observação semanal e questionário Strengths Difficulties Questionnaire em dois momentos distintos);
- (b) Pesquisa e leitura de bibliografia de referência.

3. Descrever a consolidação das competências de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica usando como meio o/a:

- (a) Participação como estagiária em dois campos de estágio na área da pedopsiquiatria em (internamento e hospital de dia);
- (b) Implementação de intervenções autónomas de enfermagem enquanto especialista de saúde mental junto das crianças com problemas de saúde mental e mais especificamente do comportamento;

- (c) Desenvolvimento do autoconhecimento e do conhecimento do impacto de mim, nos outros e vice versa;
- (d) Pesquisa e leitura de bibliografia/documentos técnicos de referência sobre o papel do EESMP em diferentes contextos profissionais;
- (e) Participação em reuniões de supervisão.

6. NOTAS BREVES SOBRE AS METODOLOGIAS DE OBSERVAÇÃO

Os métodos utilizados na implementação deste Projeto foram de âmbito qualitativo. A pesquisa qualitativa em enfermagem justifica-se na medida em que as realidades humanas são complexas, imprevisíveis e irrepetíveis.

Neste caso existe uma preocupação em observar e descrever o fenómeno, mas não o avaliar. Assim podemos-la designar de “observação participante” que tal como Spradley (1980, cit. por Correia,2009) diz “ (...) há que realçar que os objetivos vão muito para além da pormenorizada descrição dos componentes de uma situação, permitindo a identificação do sentido, a orientação e a dinâmica de cada momento.”

O observador está incluído no grupo que estuda, as suas observações são descritivas, simples, espontâneas e podem servir para o levantamento de questões de investigação. Deve-se acrescentar que a essência dos cuidados de enfermagem desenvolve-se num quadro de relação com o outro, e que esta relação pode ter um potencial terapêutico. Contudo, também se deve ter consciência de si próprio, uma vez que de forma simbólica estamos num mundo pautado por interações entre o EU e os outros.

Neste caso, as estratégias de observação envolvem o contato com pessoas, cujo foco é o conhecimento experiências humanas num ambiente controlado. Assim, observador e observados envolvem-se na situação, com o objetivo de aumentar o conhecimento, mudando a realidade. Para melhorar a fiabilidade dos dados vamos utilizar a triangulação das fontes de dados que segundo (Fortin, 2000, p. 322) “(...) consiste na utilização de diferentes métodos

combinados.” As técnicas de recolha de dados selecionadas são importantes uma vez que se deve obter dados de diferentes fontes de forma a melhor caracterizar o problema em estudo e a serem credíveis. Desta forma foram utilizados os seguintes instrumentos de recolha de dados: i) registos de observação livre; ii) grelhas de observação estruturada; iii) questionários. Segundo (Quivy e Campenhout, 1998, p.164) “a observação direta é aquela em que o próprio investigador procede diretamente à recolha das informações sem se dirigir aos sujeitos interessados (...) a observação incide sobre todos os indicadores pertinentes previstos. Tem como suporte um guia de observação que é constituído a partir destes indicadores e que designa os comportamentos a observar; mas o observador regista diretamente as informações.”

É determinante para a obtenção de resultados que a observação que incida no objeto de estudo seja feita de forma sistemática e em função dos objetivos definidos. Daí ser fundamental construir-se uma grelha de observação. A observação das sessões do grupo terapêutico foi registada em registos de observação livres e em grelhas de observação estruturadas. A observação livre foi realizada através do registo sob a forma escrita, dos comportamentos observados nos dias imediatos às sessões. Estes foram posteriormente discutidos com o enfermeiro orientador.

Em relação à grelha de observação estruturada, utilizaram-se as seguintes escalas incluídas na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC): i) habilidades de participação no jogo; ii) habilidades de interação social. Para cada escala selecionaram-se alguns itens a observar. Por sua vez a cada item foi atribuído uma classificação por categoria.

Em relação aos questionários, utilizou-se o *Strengths Difficulties Questionnaire* (SDQ). Este pretende tipificar as capacidades e as dificuldades das crianças que iremos acompanhar. Tendo sido feita uma avaliação no início e no final da intervenção, de modo a perceber se houve algum impacto visível no comportamento das crianças. O SDQ é um questionário breve de avaliação do comportamento que questiona 25 atributos, alguns positivos e outros negativos. Foi desenvolvido por Goodman em 1997. Os 25 itens estão subdivididos em cinco escalas, com cinco itens cada, fornecendo cotações para problemas de

conduta, hiperatividade/défice de atenção, sintomas emocionais, dificuldades com os pares e comportamento pró-social. Cada item tem três opções de resposta: “não é verdade”, “é um pouco verdade”, “é muito verdade”. A cotação é feita da seguinte forma: “não é verdade” vale 0; “é um pouco verdade” vale 1; “é muito verdade” vale 2, mas é preciso ter em atenção que a cotação é invertida em cinco itens. Isto significa que nesses itens a resposta “não é verdade” vale 2 e a resposta “é muito verdade” vale 0. A pontuação total das dificuldades é obtida pela soma da pontuação total de todas as subescalas com exceção da escala pró-social, podendo variar entre 0 e 40 valores. Muris et al. (2004).

Para fazer a interpretação dos resultados estão definidos intervalos de pontuação em que 80% das crianças estão dentro de valores normais, 10% estão em valores limítrofes e 10% em valores anormais. O questionário tem uma versão para os pais e uma versão para os professores das crianças e adolescentes, com idades entre os 4 e os 16 anos, e tem uma versão de autopreenchimento para adolescentes dos 11 aos 16 anos Goodman, Meltzer & Bailey (2003).

Este questionário, nas suas várias versões, foi validado para a população portuguesa por Alexandra Simões e por Maria Filomena Gaspar (Marzocchi et al, 2004) através de vários estudos que evidenciaram a fiabilidade e a validade do instrumento.

Neste Projeto a população sobre a qual incidiu a maioria das intervenções autónomas de enfermagem foi um grupo dirigido por um enfermeiro ESMP e diretor de sociodrama (terapeuta), uma enfermeira ESMP que desempenhava o papel de ego auxiliar e eu a realizar o estágio do Mestrado de ESMP, em formação para diretor de sociodrama como ego auxiliar e cinco jovens seguidos numa consulta externa de um hospital de dia de pedopsiquiatria e em cujo tratamento foi incluída a participação num grupo terapêutico semanal, com a duração de 90 minutos e coincidente com os tempos letivos. Adicionalmente também se incluiu um estudo de caso de um dos jovens como forma de desenvolver algumas competências de EESMP que adiante se detalham.

PARTE II

7. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

7.1. Na Unidade de Internamento

O estágio iniciou-se em outubro de 2016, na unidade de internamento e concretizou-se em dois momentos diferentes, mediados por dois meses. Teve como objetivo principal participar nas intervenções autónomas enquanto EESMP.

Esta unidade integra a área da Mulher, Criança e Adolescente de um Hospital Pediátrico. Sendo a equipa multidisciplinar composta por pedopsiquiatras, enfermeiros, psicólogos, psicomotricista, terapeuta ocupacional, assistente social, assistente técnico e assistentes operacionais. Segundo o documento técnico da rede de referência hospitalar, este tipo de unidades deve atender a população da área de atração do hospital, com idades compreendidas entre os 17 anos e 364 dias. E garantir a acessibilidade e equidade de acesso a todas as crianças e jovens com menos de 18 anos, com problemas de saúde mental. Deve também integrar um conjunto diversificado de intervenções e programas terapêuticos de forma a dar resposta às necessidades da população utente. (CNSM, ACSS, 2012).

Ao nível do desenvolvimento pessoal e profissional a passagem ainda que breve, nesta área hospitalar ajudou-me a conhecer alguns dos meus recursos internos e de como isso poderia interferir na relação com os jovens internados. O dar-me conta do impacto que enquanto individualmente, temos no estabelecimento da relação terapêutica, tendo em conta alguns fenómenos que ocorrem de transferência e contratransferência¹.

No contexto de internamento as situações que os jovens vivenciam cruzam-se com as nossas experiências pessoais e profissionais. Também foi

¹ Conceitos da psicanálise em que na transferência “o doente revive inconscientemente sentimentos relativos a figuras importantes da sua vida, através da relação actual com o terapeuta” e na contratransferência “o terapeuta revive inconscientemente sentimentos relativos a (...)figuras importantes através da relação actual com o paciente” Fadem & Simring (1998, p.231)

importante a manutenção dos limites éticos, para que houvesse integridade no processo terapêutico. Em termos do planeamento, implementação e cuidados, a abordagem aos doentes é necessariamente interdisciplinar. Sendo os enfermeiros, o elo de ligação entre os diferentes profissionais e aliás nesta unidade existe a figura do enfermeiro de referência, reservada aos EESMP.

Tive oportunidade de participar em algumas reuniões clínicas, aonde aprofundei conhecimentos do ponto de vista clínico, sobre gestão de casos. No contacto com a equipa também me apercebi de diferentes estilos, no exercício profissional da enfermagem.

As intervenções autónomas de enfermagem estão muito ligadas ao fomento de um ambiente terapêutico e/ou seguro (e também aos vínculos familiares e sociais) para as crianças e jovens internados. Os enfermeiros têm grande peso nos processos de mediação da relação familiar. Tal como refere (Delaney,2014, p.49) “ in the case of child and adolescent psychiatric nurses, such accounts will require a clear sense of how we help parents/caregivers build their child’s resilience and move toward a hope ful future.” E ainda refere este artigo que a “family centered care must become a critical element of our intervention landscape if we are to achieve treatment engagement. Treatment dropout in child mental health is a pressing dilemma. It has been estimated that up to 80% of families drop out prematurely from interventions”. No internamento é muito frequente a existência de manifestações emocionais como a raiva, o medo, a ansiedade, a tensão. Pode assim desenvolver nestes momentos uma relação terapêutica de suporte aos jovens para ajudar a lidar com seu sofrimento.

Outra intervenção tem a ver com o fomento da capacidade de *insight*² e o juízo crítico sobre o seu processo de doença. Segundo (Salamone-Violi,Chur-Hansen e Winefield,2015, p.499) “the ability of nursing staff in identify in gand catering to the individual needs of young people in their care facilitated feelings of safety, security, and acceptance, and contributed to the young person’s desire to remain engaged in treatment post-discharge”.

² Por *Insight* entende-se a compreensão dos seus próprios sentimentos e comportamentos (Fadem & Simring, 1998)

Os comportamentos disruptivos têm um espaço próprio, em que se podem externalizar de forma confinada, com a intermediação do enfermeiro. Segundo (Dean, Gibbon, McDermott, Davidson e Scott, 2010, p. 15) “(...) impulsive aggressive behaviours, incorporating verbal abuse or physical aggression, are one of the most common reasons for referral in young people presenting to child and adolescent mental health services.” Ainda (Dean, et al. 2010) num estudo realizado a profissionais de uma unidade de internamento na Austrália, revelam que a exposição a situações de agressividade era associada no pessoal a uma série de sequelas negativas ao nível emocional e profissional.

Ainda colaborei com a equipa na supervisão às atividades de vida diária e no fomento da adesão ao regime medicamentoso. E pude participar no incentivo e mobilização para atividades de âmbito psicossocial, assim como na prevenção de comportamentos de hetero e autoagressão, e outros fatores desencadeantes de quadros de agitação.

Algumas das perturbações mais frequentes no internamento/ serviço de urgência são: segundo um estudo casuístico, realizado por Araújo et al. (2015), para um universo de 338 adolescentes seguidos na consulta externa do Hospital Dona Estefânia, entre 2012-14, cerca de 70% do género masculino, com média de idades de 14,7 anos. Também em 42,6% dos casos tinham um dos pais com doença mental. As tipificações de casos são: perturbação do comportamento disruptivo e défice de atenção 39%, perturbação do humor 28%, perturbação da ansiedade 11%, perturbação da adaptação 5%, sem diagnóstico/outros/desconhecido 17%. Também concluem que na adolescência verifica-se com frequência a manutenção ou ressurgimento de psicopatologia que acompanha os jovens desde idades anteriores. Também Prata, et. al. (2013). num estudo casuístico ao serviço de urgência de pedopsiquiatria, concluíram “ os nossos resultados mostram uma maior prevalência de adolescentes a recorrer ao serviço de urgência, predominantemente com idade superior a 15 anos, com sintomas comportamentais e do humor e episódios auto lesivos”.

Quando se acompanha a evolução de um grupo de jovens internados, percebe-se como as diferentes estratégias terapêuticas e os fatores internos e externos contribuem para a sua evolução.

O estágio decorreu com a supervisão de dois enfermeiros que através de reuniões conjuntas, me orientaram na reflexão e nas aprendizagens, tendo feito quatro reflexões com ciclo de Gibbs (ver apêndice I).

7.2. No Hospital de Dia

O hospital de dia está integrado na área da mulher, criança e adolescente de um hospital pediátrico, e tem como área de intervenção: o acolhimento, avaliação e intervenção terapêutica nos problemas de saúde mental das crianças e adolescentes dos 3 aos 12 anos e suas famílias. Funciona em dois edifícios separados, um dedicado às consultas externas e outro aos grupos terapêuticos. A equipa é constituída por pedopsiquiatras, psicólogas clínicas, enfermeiros, terapeuta ocupacional, psicomotricista, assistente social e assistente operacional. Paralelamente existiam sempre alguns estagiários e voluntários a colaborar com os grupos terapêuticos. Esta área funciona com um modelo terapêutico próprio, com quinze anos de aplicação, desenvolvido por alguns elementos da equipa e que tem servido de modelo para outras unidades que se criaram, entretanto em Portugal. Por isso é uma unidade de referência, no domínio da formação de profissionais de saúde. Segundo (Correia,2011, p.8) “ o nosso objetivo não é pará-las a qualquer preço. A ideia é transformar a agitação e agressividade num movimento relacional quer com os seus pares quer com os adultos”.

A entrada nesta equipa ocorreu durante o mês de novembro de 2016, através da observação não participada, no modo de funcionamento do modelo específico existente. Após esta fase integrei um grupo terapêutico como coterapeuta, com periodicidade semanal. A vivência deste estágio permitiu desenvolver a capacidade de autoconhecimento e consciência de mim enquanto participante num grupo terapêutico. Também propiciou o desenvolvimento de competências ligadas à avaliação das necessidades em saúde mental, realização e implementação de intervenções socioterapêuticas e respetiva

avaliação. Nas sessões de grupo, foi possível através das intervenções socioterapêuticas, observar os jovens sob uma nova perspectiva, não incidindo o meu olhar na doença, mas sim nas suas “forças pessoais”. A criação de um vínculo e ao mesmo tempo, o propiciar de uma vivência sem cobranças, nem juízos de valor e num espaço seguro, serve de estímulo ao esperado efeito terapêutico grupal.

Também tive oportunidade de realizar um estudo de caso de um jovem do grupo, o que me permitiu aprofundar conhecimentos na área do planeamento individual de cuidados. Com o enfermeiro orientador estabeleceu-se uma relação de supervisão que serviu de guia para os aspetos formativos, tendo efetuado reflexões semanais das sessões e também reuniões em que se discutia as questões relacionadas os percursos dos jovens enquadrando-se com outros fatores externos ao funcionamento do grupo como a família, a escola e o acompanhamento clínico. Segundo os autores abaixo citados:

a supervisão é um processo de habilitação do candidato. Nesse sentido, a atitude do supervisor deve estimular, no supervisionando, o desenvolvimento de suas próprias habilidades. Uma das principais funções da supervisão é a de desenvolver no supervisionando a capacidade de perceber suas próprias dificuldades. Essa seria a forma de conquistar a independência, seguindo ele sozinho, através de sua autocrítica, o processo de aprendizagem. (Zaslavsky, Nunes & Eizirik, 2003, p.298).

7.2.1. Descrição da Intervenção

O projeto terapêutico dos jovens acompanhados nas consultas externas, é sempre objeto de discussão na equipa multiprofissional e pode contemplar a inclusão num grupo do hospital de dia que funciona como uma unidade de cuidados a tempo parcial. A direção do grupo foi assim ocupada por um terapeuta e coterapeuta de géneros diferentes tal como é preconizado por alguns autores, (Castillo, Balanguera & Lence, 2014, p.75) “(...) se invita a la reconstrucción através de una “família imaginária”. Também o *setting* terapêutico se configura num espaço próprio; as sessões ocorreram sempre no mesmo espaço com uma configuração/ decoração da sala semelhante. Um tapete com várias almofadas e colchões dispostos em circulo, bolas, por vezes um urso gigante de peluche e/ou um túnel de lona e uma cama elástica. Diz-nos ainda

Castillo, Balanguera & Lence (2014, p.75) “ la fantasia no puede confundir la realidad y la realidad se ancla en un espacio diferenciado”.

Após uma discussão de casos em equipa, formaram-se os respetivos grupos, sendo que as intervenções socioterapêuticas foram desenvolvidas de acordo com a evolução do grupo ao longo do tempo.

Teve um início tardio, devido a dificuldades na conjugação dos horários escolares, com os da unidade. Aliás, esta conjugação com a escola é uma das grandes dificuldades sentidas pelos técnicos. A escola encara a ida dos jovens como “faltas” ao programa escolar e não o assume como algo de complementar ao percurso destes jovens, enquanto alunos. Embora as idades alvo desta unidade sejam as crianças entre os 3 e os 12 anos, neste caso tratava-se de jovens com idades superiores, mas com longos seguimentos em consulta externa a sua manutenção naquele espaço, mesmo numa idade posterior justifica-se pela necessidade de prevenir recaídas no processo de transição da infância para a adolescência.

O grupo de jovens era composto por duas jovens do género feminino e três do género masculino. Todos eles, já tinham frequentado grupos terapêuticos, sendo que três deles já se conheciam de um anterior grupo do ano letivo passado. Teve a duração de seis meses, com um total de vinte sessões de aproximadamente 90 minutos cada, semanais em dia/hora fixas, e coincidiram com os períodos escolares. Os pais dos jovens deram o consentimento informado (Código Deontológico dos Enfermeiros artigo 84 b, 1988). No apêndice III apresenta-se cada um dos jovens do grupo. Note-se que para proteção das suas identidades foram atribuídos nomes fictícios pelo que se utilizou a mitologia grega tendo associado as figuras mitológicas De seguida apresenta-se uma caracterização inicial do grupo obtida dos resultados ³ de autoavaliação inicial, utilizando o SDQ-por (vide anexo II) os questionários auto preenchidos.

³ Estes resultados foram obtidos através do acesso on-line: <http://www.sdqinfo.com>

Tabela 1- Pontuação inicial de auto- avaliação inicial SDQ-por (A 11-17)

Elementos do Grupo/ Subescalas	MEDUSA 16 anos Fem.	TIFÃO 15 anos Masc.	HIPNOS 15 anos Masc.	NEREU 17 anos Masc.	TERPSÍCORE 14 anos Fem.	Média	Desvio padrão
Pontuação de problemas emocionais (Normal 0-5)	7	7	4	3	6	5,4	1,62
Pontuação de problemas de comportamento (Normal 0-3)	1	2	5	0	4	2,4	1,85
Pontuação de hiperatividade (Normal 0-5)	4	9	5	2	6	5,2	2,32
Pontuação de problemas com os colegas (Normal 0-3)	1	2	6	3	5	3,4	1,85
Pontuação da prosocial (Normal 6-10)	10	8	10	7	8	8,6	1,20
Impacto Score	2	4	2	1	0	1,8	1,48
Total das dificuldades (Normal 0-15)	13	20	20	8	21	16,4	5,08

Tabela 2- Resultados de auto- avaliação inicial SDQ-por (A 11-17

Elementos do Grupo/ Subescalas	MEDUSA 16 anos Fem.	TIFÃO 15 anos Masc.	HIPNOS 15 anos Masc.	NEREU 17 anos Masc.	TERPSÍCORE 14 anos Fem.	Média
Resultado para problemas emocionais	Anormal	Anormal	Normal	Normal	Limítrofe	Normal
Resultado para problemas de comportamento	Normal	Normal	Anormal	Normal	Limítrofe	Normal
Resultado para hiperatividade	Normal	Anormal	Normal	Normal	Limítrofe	Normal
Resultado para problemas com os colegas	Normal	Normal	Anormal	Normal	Limítrofe	Normal
Resultado da prosocial	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Total das Dificuldades	Normal	Anormal	Anormal	Normal	Anormal	Limítrofe

O SDQ tem por base um algoritmo que pode ser utilizado para deteção de alterações de saúde mental. Assim, ele apenas estima a possibilidade de diagnósticos em saúde mental, através das pontuações das subescalas e depois no somatório ponderado para o total das dificuldades.

Pode observar-se que o grupo apresenta um score para as “Dificuldades totais” na banda limítrofe, uma vez que o observado é (21), o que está muito distante do máximo de (40) para este indicador. Os três jovens (TIFÃO, HIPNOS e TERPSÍCORE) que se encontram na banda “anormal”, observam valores mínimos (20, 20 e 21) respetivamente. Na banda “normal” estão (MEDUSA e NEREU). Em termos médios todos observam valores normais para todas as

subescalas. Os resultados têm um grau de dispersão considerável tal como indicam os dados do desvio padrão, apenas na hiperatividade é ligeiramente superior. Os “problemas emocionais” e a “hiperatividade” embora com valores medianos são os que mais se evidenciam. Uma análise a estes valores demonstra alguma heterogeneidade no grupo e fazendo uma análise inversa prever quais as áreas que se poderiam reforçar nas suas competências individuais e em grupo.

Cada uma das vinte sessões decorreu sem um plano prévio, no sociodrama é do aquecimento inicial do grupo que emergem os temas a trabalhar. Tal como refere (Pio Abreu, 2006, p.31) “a sessão inicia-se por uma discussão conjunta, fazendo ligação com as sessões anteriores, que aquece o grupo para o surgimento de temas a dramatizar”. Na 1ª e 3ª sessão houve um ritual de acolhimento aos novos elementos do grupo (à coterapeuta A, ao TIFÃO e ao NEREU), que se dramatizou pela recreação de um parto. Estas dramatizações foram carregadas de simbolismo.

Para Moreno a cura pode ser similar ao nascimento, saímos de um útero protetor, mas que nos impede de crescer e abrimo-nos a um novo ambiente. Por outro lado, também pode ser interpretado como um renascimento num ambiente muito protetor: este grupo.

De seguida, aplicando o modelo interacional de Yalom, examinam-se os doze fatores terapêuticos que mais se evidenciaram neste grupo:

1. **Infundir a esperança:** é fundamental em todos os grupos; não houve nenhum elemento a pôr em causa a sua presença nas sessões (*“suponho que isto é um sinal de como gostavam de lá estar” SIC*).
2. **Universalidade:** é sabido que quando as pessoas que entram na terapia grupal sentem que afinal não estão sozinhos; que existem outros com problemas semelhantes (o terapeuta R sempre que o diálogo o permitiu, reforçava este aspeto).
3. **Transmitir informação:** em relação às escolhas de áreas de estudos para o ensino secundário, houve muita troca de informação entre os elementos do grupo com a MEDUSA que nesta esfera apareceu como uma figura muito positiva, que tinha conseguido com sucesso, mudar da área de ciências para as artes.

4. **Altruísmo:** principalmente a MEDUSA serviu como modelo (em termos do percurso escolar) para os outros. Este fator só existe em terapia grupal, onde a partilha de problemas, descentra-os de si mesmos. Neste grupo isso verificou-se tendo sido a MEDUSA, a TERPSÍCORE e o HIPNOS, a fazê-lo com mais facilidade. Pelo contrário o TIFÃO falava para si próprio e o NEREU escutava-os com atenção.
5. **Desenvolver técnicas de socialização:** parece-me ser o fator que mais se evidenciou. Eles têm idades muito semelhantes e problemas de base idênticos: na relação com a família, com os pares e no isolamento social (mais marcado no TIFÃO), nalguma melancolia, nas dificuldades em serem aceites tal como são. É bem notório que eles sentiram aquele espaço como deles, onde os pais, os professores e os colegas não acediam, podiam ser eles mesmos. Quem demonstrou maiores dificuldades pareceu ser o TIFÃO que adotou continuamente a postura de oposição (ao HIPNOS) e o NEREU que não conseguiu mostrar-se mais, mas que subtilmente se percebia estar interessado na TERPSÍCORE.
6. **O comportamento imitativo:** existiu um comportamento claro deste tipo, entre a TERPSÍCORE, o HIPNOS e a MEDUSA. Apareceu de forma clara nas sessões 10ª e 16ª sob a forma de conselhos baseados nas suas escolhas pessoais para as áreas a seguir, fala-se muito das artes versus ciências. Também foi motivo de discussão, as possíveis escolas, tendo o TIFÃO desvalorizado de forma muito exaltada as escolas dos outros jovens sessão 17ª quase a evidenciar um registo maníaco.⁴
7. **Catarse:**
 - i) Na capacidade de expressar emoções e aceder ao seu mundo interior. Neste aspeto evidenciou-se a TERPSÍCORE que na 7ª sessão na construção de um mural, ela fez uma catarse. O aquecimento tinha sido muito intenso, tendo ela a questionado os tratamentos e a medicação que lhe tinha sido prescrita, naquele dia

⁴ Eduardo Sá refere que sempre que o sofrimento é exuberante desencadeia barreiras de defesas ou repressão. Defesas obsessivas (ansiolíticas) e estados narcísicos (defesas maníacas) que conduzem à formação de sintomas". Sá (2009, p.105).

pela sua médica. Ao escrever no mural conseguiu pôr bem visíveis os seus conflitos interiores. As frases “*Grande Aberração=T*” ; “*Burra*”; “*Não tem amigos a pobre*”.

- ii) O efeito terapêutico só existiria se fosse aceite pelo grupo. O que se verificou o TIFÃO permaneceu imóvel em toda a sessão, mas muito atento a tudo que se escrevia e desenhava e no final fez mesmo uma *projeção* com a pergunta: “*E essas frases são o que te dizem ou o que tu achas que pensam de ti?*” Era também dele, a questão, estamos na 7ª sessão.
8. **Recapitulação corretiva do grupo familiar primário:** a presença de 3 terapeutas (1 masculino jovem, 1 feminino jovem e 1 feminino mais velho) representava simbolicamente um grupo familiar (embora aqui o masculino esteja numa posição preponderante, muito mais ativo e os femininos são mais passivos, mas afetivos e contentores. Nas fases de acolhimento às sessões, o TIFÃO busca mesmo o terapeuta R para fazer as suas descargas físicas, havia sempre um jogo de futebol prévio, e na sessão sempre dirigia bolas contra o HIPNOS (outra figura masculina). Também surgiram muitos temas ligados às figuras maternas e paternas, especialmente nas 2ª,5ª e 6ª sessões ou na 18ª sessão quando o HIPNOS faz uma projeção direta comigo questionando-me sobre os meus filhos.
9. **Os fatores existenciais:** consistiram no confronto com as realidades vividas. Tiveram em comum: o isolamento, a ânsia de liberdade, a morte (de forma idealizada) e a busca de sentido da vida. Aqui o fator terapêutico foi a sensação de que alguém estava connosco sem nos julgar ou avaliar, todas as sessões tiveram esta finalidade.
10. **Coesão:** os membros aceitaram-se e apoiaram-se mutuamente. A coesão favoreceu a autorrevelação. Neste aspeto quem avançou mais foram a TERPSÍCORE e a MEDUSA.

11. Aprendizagem interpessoal

A sequência interpessoal :

- i) Exibir a sua patologia: penso que todos o fizeram explicita e implicitamente. Na 7ª sessão a TERPSÍCORE refere “sou doente

mental?” ou na penúltima sessão o HIPNOS a revelou que teve uma tentativa de suicídio, no passado.

- ii) Feedback: alguns fizeram esse movimento especialmente na direção do TIFÃO;
- iii) Compartilhar reações: quando se escreveu frases no mural 7ª sessão;
- iv) Resultados da partilha de reações, começaram a ter uma visão mais clara de si próprios, principalmente o TIFÃO que (na construção do mural) se sentiu identificado com as dificuldades dos outros: a TERPSÍCORE e a MEDUSA.
- v) A própria opinião do “Eu”: exprimem como o seu comportamento influi nas opiniões dos outros e tem reflexos na sua autoestima, com maior expressividade na TERPSÍCORE e no NEREU;
- vi) Sentido da responsabilidade: no grupo não se percebeu este tipo de movimento.
- vii) Dares-te conta de que podes fazer mudanças: Houve dois momentos claros: o TIFÃO quando ponderou em mudar no 10º ano para um curso profissional de informática e quando o HIPNOS ficou mais tranquilo ao decidir mudar para um curso profissional de fotografia no 9º ano evidenciado na sessão 16ª.
- viii) Grau de afeto: traduzindo-se a maior a carga afetiva na aprendizagem interpessoal maior o potencial de mudança, nas sessões todos os jovens buscam emoções positivas enquanto ali estão. Com exceção do TIFÃO que faz movimentos contrários é o, mas ainda assim o alter ego 😊 (o terapeuta R) sempre lhe dizia que ninguém naquele ~~espaço~~ o rejeitava ou o julgava.

Focalizando agora a nossa análise nas questões grupais mas utilizando a nomenclatura das Nursing Outcomes (NOC®) foram construídas duas grelhas de observação: uma de Habilidades Sociais e outra de Participação no Jogo. Estas medidas são subjetivas na medida em que foram cotadas pelo observador e por isso têm tendência ao enviesamento. Tiveram a utilidade de contribuir para comparar e agregar os tipos de comportamentos observados individualmente no conjunto do grupo. Através dos seguintes gráficos, tentou-se detetar tendências, tendo como base o horizonte temporal das vinte sessões.

Figura 1-

Habilidades de Participação no Jogo (NOC®)

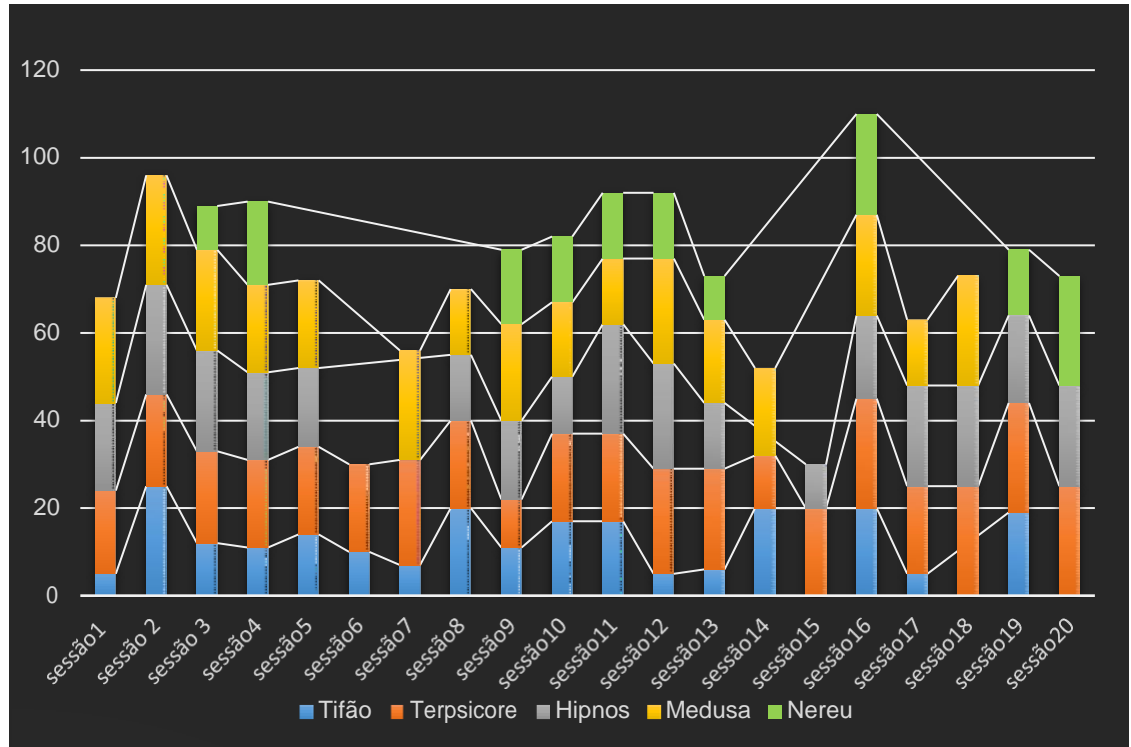
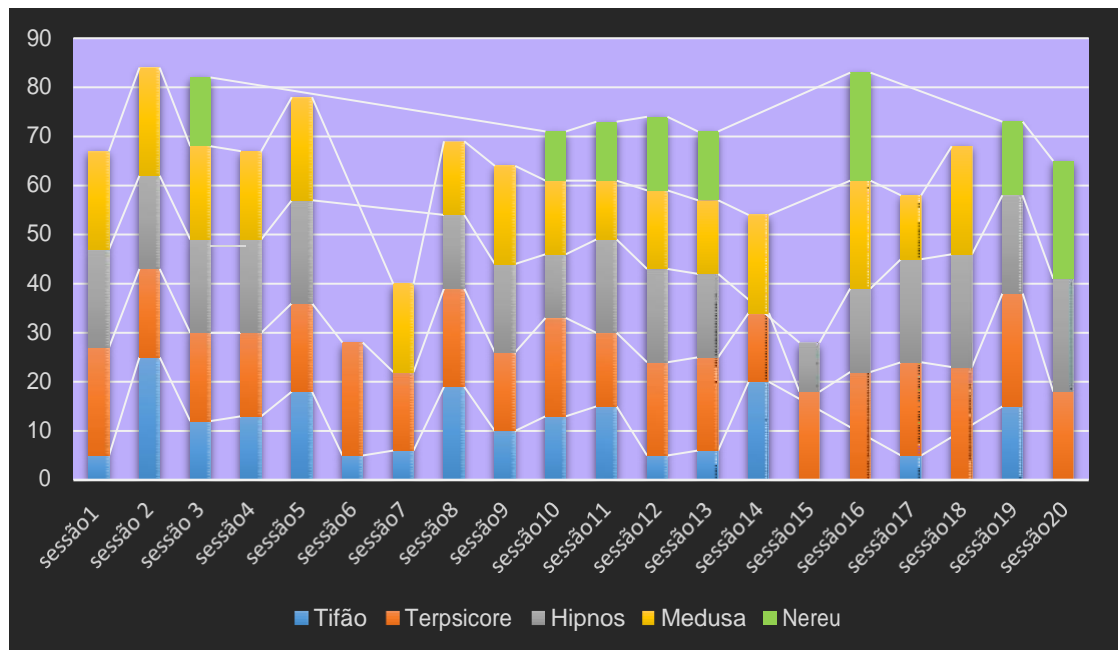


Figura 2-

Habilidades de Interação Social (NOC®)



Uma leitura dos dois gráficos evidencia um sincronismo entre a participação no jogo e a interação social. Todos os jovens obtêm scores na participação no jogo superiores aos da interação social. Há um jovem o NEREU que só participa em 40% das sessões e por isso tende a beneficiar menos que os restantes do efeito terapêutico. Alguns apresentam grande consistência nos resultados ao longo das sessões pelo que se afirmam como estruturantes para o funcionamento do grupo.

Focando agora a análise, nas abordagens sugeridas pelo Modelo de SBC de Gottlieb (2016) vai-se analisar de que forma este grupo terapêutico mobilizou as forças pessoais dos jovens, de acordo com a sua nomenclatura (ver anexo I).

Abordagem 1: Técnicas para desenvolver potenciais em forças (DPS)

DPS1: providenciar conhecimento sobre a força

A MEDUSA foi uma das figuras estruturantes do grupo, apresentando grande consistência nas suas participações, sessão após sessão, muito próxima da tipologia depressiva, “hipervaloriza o conceito de pessoa e da dignidade humana” Vieira (1999, p.198), veja-se a 16ª sessão em que cria um personagem imaginário, como uma pessoa de “paz” que “colabora numa associação que ajuda pessoas com deficiência”. **O seu percurso escolar ia sendo usado como um exemplo, para os restantes.**

A força de revelação que todos demonstraram quando se construiu o símbolo gráfico e o mural nas 2ª e 7ª sessões.

O HIPNOS teve vários momentos de revelação nas 2ª, 9ª e 18ª sessões em que o tema da morte andou muito presente.

DPS2: criar oportunidades para praticar uma nova competência: praticar-treinar-praticar

Em todas as sessões do grupo, praticou-se **a relação, o estar com o outro**. Nas sessões lúdicas (Carnaval, Páscoa e final de ano escolar) e sempre que se esteve fora do *setting* terapêutico, estiveram presentes diferentes formas de relação em grupo, através da partilha da comida, e da sua preparação como na 12ª sessão, ou mesmo do divertimento puro na última, a 20ª sessão.

DPS3: ampliar a consciência da pessoa sobre uma potencial força

O **HIPNOS** teve um percurso notável nas vinte sessões. Passou muitas sessões semiadormecido. Parecia que ali, encontrava finalmente a paz que precisava. **Aguentou os impactos físicos, dos ataques do TIFÃO**, que sempre lhe atirava bolas e numa sessão até parecia que o estava a sufocar com uma almofada. Registo o pormenor positivo, de estar acompanhado por uma figura feminina, no desenho que faz na 18ª sessão. Com exceção da 15ª sessão em que esteve quase sempre deitado, teve uma intervenção constante nas sessões. **Era evidente o seu movimento de querer agradar ao outro** e não agredir mesmo se solicitado pelo TIFÃO. Enquadra-se na tipologia depressiva na aceção de Vieira (1999, p.198) que lhe permitiu ser muito adaptativo ao grupo. Iniciou o ano escolar muito desmotivado e acabou com uma retenção escolar, mas decide procurar um curso profissional na área da fotografia. Pode ter sido influenciado pelas escolhas da MEDUSA que **tem grandes aptidões na área das artes visuais**. No SDQ inicial apresentava as três subescalas na banda normal: a de problemas emocionais, a de hiperatividade e a prosocial. O que confere com as suas características típicas de baixa atividade física, muito sociável e emocionalmente estável.

Em todas as sessões aonde esteve foi visível a crescente integração do **NEREU** no grupo e apenas foi prejudicado pela sua ausência, em onze das sessões. As suas características pessoais levam-no a ter uma posição passiva, mas sempre **revelando capacidade de adaptação e estabilidade na sua atuação**, tal como refere Vieira (1999, p.198) na tipologia depressiva “não agride o outro e procura agradar ao outro”. Passou a maior parte das sessões no papel de observador. Em termos do SDQ inicial é o que apresentava melhores resultados em todas as subescalas, estando posicionado em todas na banda normal.

DPS4: capitalizar forças já existentes e modificá-las para uma situação diferente

A **TERPSÍCORE** aguentou (sem passar ao ato) o impacto dos ataques verbais que o TIFÃO lhe dirigiu, tendo sido muito assertiva quando falou das ofensas pessoais que este lhe disse (18ª sessão). Em termos da sua tipologia

tal como Vieira (1999, p.198) descreve, caracterizava-se pelo: corpo, próxima da tipologia histórica aonde “se valoriza o sentir e a busca de emoções”. Chama a atenção sobre si” nas últimas sessões apresentou-se com madeixas no cabelo com cores intensas como o *rosa*, referindo que adora filmes de terror e de ação. Para além disso pertence a um grupo de dança moderna.

Abordagem 2: Técnicas para converter défices em forças (TDS)

TDS1: Trate o défice como uma força.

O TIFÃO revelou ser o jovem com mais dificuldades no grupo. Em termos dos indicadores: participação no jogo e habilidades de interação social apresenta os scores mais baixos, com exceção de duas sessões que para ele são notáveis 2ª e 14ª sessões com valores semelhantes aos do restante grupo. O ambiente escolar era sentido por ele, como punitivo e de oposição. **Os seus conflitos internos eram externalizados na linha do agir. A energia com que atirava as bolas dentro do *setting* era enorme.** No grupo teve vários movimentos de rejeição demonstrados pela TERPSÍCORE 18ª sessão e pela MEDUSA 12ª sessão. O HIPNOS nunca demonstrou rejeição, e foi o objeto central dos seus ataques violentos. Ainda como diz Vieira (1999) na tipologia depressiva, não se agride o outro.

TDS2: Coloque questões que estimulem novas formas de pensar.

Em todas as sessões, os jovens tiveram oportunidade de vivenciar em grupo, situações de interação e partilha em que podem **aceder a novas formas de pensar através do redesenhar da sua participação no ato social.**

TDS3: Reenquadre o comportamento.

No caso do TIFÃO, o terapeuta R fez sempre um intenso movimento de integração/proteção, quer explicando aos outros jovens que o seu agir não tinha a ver com eles, mas com os seus conflitos internos, quer retirando o jovem das sessões de grupo quando este se apresentava em quadros de agitação motora veja-se a 1ª, 10ª, 12ª, 13ª e 17ª sessões. Segundo Pio Abreu (2016, p.60) “(...) o corpo é um objeto significativo, ou seja, no corpo do outro vemos um sujeito (...) cujos movimentos são atos e expressões que dele resultam”.

TDS4: Crie um ambiente com “boa capacidade de adaptação.”

No sociodrama a gestão do grupo terapêutico implica que após a fase dos comentários, a condução da **sessão seja adaptada ao emergente grupal**. Desta forma **promove-se na pessoa um sentimento de aceitação, de como é, e de experimentação de novos papéis nos participantes**.

Abordagem 3: Técnicas para minimizar o déficit e maximizar forças (MDMS)

MDMS 1: Ajude a pessoa a ter controlo.

O terapeuta R sempre transmitia aos jovens em dificuldades que **ali, eram compreendidos e que todos estavam envolvidos naquele movimento de suporte**.

A TERPSÍCORE na 7ª sessão questiona o que está ali a fazer se era uma doente mental e este seu desabafo foi enquadrado e **não se contra-argumentou**.

MDMS 2: Fortaleça a ligação mente-corpo através da regulação de estados de excitação (autorregulação).

A TERPSÍCORE na sessão do mural na 7ª sessão conseguiu externalizar alguns dos seus conflitos internos, colocando no papel e nas frases que escreveu o que “pensam e dizem” sobre ela. Nessa sessão foi a protagonista do grupo e conseguiu que os restantes se revessem na sua história. Também nas sessões em que houve **momentos de bem-estar, os terapeutas tentaram desocultar memórias antigas de “acalmia” e “tranquilidade”**. Os jovens recebiam o toque com satisfação manifesta nos seus rostos na 3ª, 4ª, 5 e 19ª sessões.

MDMS 3: Saliente as forças para contrabalançar as fraquezas.

Em todas as sessões **os terapeutas sempre reforçavam os aspetos positivos que emergiam**. E que forças emergiram nas sessões? Segundo (Guerra, 2014) as forças grupais que emergem nas terapias de grupo vinculam-se às experiências do nosso grupo primário, a família. Onde **as memórias inconscientes e as ligações afetivas aos pais ficaram gravadas**. Mais tarde em contexto de grupo terapêutico **estas experiências são reativadas**.

8. QUESTÕES ÉTICAS

O exercício da profissão de Enfermagem assenta em princípios éticos e deontológicos que devem ser considerados em todos os aspetos do exercício profissional (Nunes, 2008). O princípio geral da defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana, é garantido pelo consentimento informado do Código Deontológico dos Enfermeiros, (CDE) art.º 78 º-ponto 1. No artigo 84º-alínea b) o enfermeiro tem o dever de respeitar, defender e promover o direito da pessoa.

o consentimento informado, no âmbito da saúde, emana da atenção dada ao princípio ético do respeito pela autonomia, em que se reconhece a capacidade da pessoa em assumir livremente as suas próprias decisões sobre a sua saúde e os cuidados que lhe são propostos. (DGS-Norma 015/2013).

Tal como refere (Nunes, 2008) “o consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do cliente, que é o titular do interesse juridicamente protegido, podendo ser livremente revogado até à execução do facto, nos termos do n.º 2 do artigo 38.º do CP. Ainda nos termos do n.º 3 do mesmo artigo, o consentimento só é eficaz se prestado por maiores de 16 anos”. Neste projeto a população alvo eram menores de idade, e a lei conforme a interpretação que a DGS lhe confere diz:

a regra geral é a de que qualquer menor com 16 ou mais anos de idade e com o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do ato diagnóstico ou terapêutico que lhe é proposto, pode consentir ou dissentir independentemente das suas características culturais, sociais e grau de literacia. (DGS-Norma 015/2013)

No CDE artigo 85º refere-se também a necessidade de se garantir o anonimato da pessoa em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados. Assim a relação entre quem estuda e quem consente ser sujeito do estudo deve assentar no anonimato e na confidencialidade. Na implementação deste projeto e no que diz respeito aos estágios hospitalares e ao processo de observação dos jovens procurou-se ter sempre presente os princípios éticos e deontológicos acima descritos.

9. AVALIAÇÃO GERAL DO PROJETO

Na sua finalidade pretendia-se que as intervenções autónomas de enfermagem, sobretudo em grupo terapêutico, promovessem as forças pessoais das crianças. Este desafio foi concretizado, utilizando uma forma inovadora de olhar os jovens: sob o ponto de vista das suas potencialidades. Em relação aos objetivos enunciados previamente, apresenta-se de seguida uma reflexão sobre cada um e em que medida foram atingidos:

Objetivo 1: Descrever intervenções terapêuticas num grupo de crianças com perturbação do comportamento - foram realizadas vinte sessões de grupo terapêutico em que sobretudo se utilizaram técnicas socio dramáticas. Atingiram-se plenamente alguns objetivos específicos no grupo, como fossem, o desenvolvimento da autoconsciência e do autoconhecimento através dos fatores grupais que propiciaram o reconhecimento das suas forças pessoais assim como deram a possibilidade de reenquadrar e reviver acontecimentos passados e presentes de forma suportada, com os terapeutas que simbolizam o seu grupo primário.

Objetivo 2: Compreender alguns impactos das intervenções individuais de enfermagem e de grupo no comportamento das crianças- o horizonte temporal foi demasiado curto para se obterem resultados claros e este tipo de intervenção faz parte de um projeto terapêutico mais vasto, donde é sempre difícil avaliar o seu impacto específico. Contudo foi possível através da aplicação inicial da escala SDQ e de uma observação participada e estruturada, baseada em registos escritos e grelhas de observação construídas através das NOC's, caracterizar individualmente os elementos do grupo e assinalar os impactos que cada sessão teve neles. Uma limitação resultou do facto de não se ter utilizado os resultados do SDQ do final das sessões porque houve dois elementos que faltaram às duas últimas sessões e, portanto ficou com uma expressão demasiado reduzida.

Objetivo 3: Descrever a consolidação de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica – através da integração em diferentes equipas de enfermagem tive oportunidade de

experenciar a competência “F3.3.1. Compromete-se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal.” (OE, 2010, p. 6).

No global, as intervenções quer na área de internamento quer no hospital de dia permitiram desenvolver a competência F 3.4.1. - Concebe estratégias de empoderamento que permitam o cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de protecção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental (OE, 2010, p.6)

As intervenções no grupo terapêutico deste projeto enquadraram-se tecnicamente num conjunto de competências a ser desenvolvidas pelo EESMP F4.2.3. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental.” F4.2.2. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o “insight” do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema.” F4.2.5. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.”(OE, 2010, p.7).

Através da elaboração de um estudo de caso pude atingir a competência “F2.2. Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.” (OE, 2010, p.4) e também a competência F 3.4.5. - Elabora e implementa um plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco; manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; promover e reforçar as capacidades das famílias. (OE, 2010, p.6). Em todos os locais de estágio uma das competências que mais ativamente foi desenvolvida foi a F1: Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional. (OE,

2010, p.4) e também a “F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.” (OE, 2010, p.4)

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório corporiza um processo de desenvolvimento pessoal e profissional com vista ao desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, tal como está preconizado pela Ordem dos Enfermeiros.

Foi da minha prática profissional em contexto comunitário e mais concretamente em meio escolar que resultou a necessidade de busca de novas competências pessoais e profissionais. A praxis em enfermagem resulta de uma ação refletida, e só assim se torna conhecimento. Impõe-se assim que se desocultem os nossos atos e se possam observar com um caráter mais investigativo. E esta foi uma das principais aquisições que obtive neste percurso académico/profissional.

A leitura de uma realidade complexa foi elaborada através de modelos teóricos no caso, o modelo do “Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças “ de Gotllieb, o modelo interacional de Yalom e o modelo sociodramático de Moreno. Também se utilizou algum conhecimento da área da psicodinâmica.

A aquisição das competências foi facilitada pelo diálogo com os supervisores que mediarão todo este processo nos diferentes contextos de internamento e hospital de dia de pedopsiquiatria. Contudo o tipo de intervenções socioterapêuticas aqui descritas ainda são relativamente pouco utilizadas pelos enfermeiros apesar de estarem contempladas no seu perfil de competências.

A finalidade e os objetivos enunciados inicialmente foram atingidos apesar de algumas limitações sobretudo relacionadas com a dificuldade de obter resultados num curto espaço temporal. E pela escassez de literatura científica

na área dos grupos terapêuticos em enfermagem, tendo-se utilizado de outras disciplinas nomeadamente da psicologia e da psiquiatria.

As perturbações de comportamento nas crianças e jovens, muitas vezes evidenciadas por quadros de agitação versus inadaptação sobretudo evidenciados em meio escolar são consequência do sofrimento psíquico em que se encontram.

Mais do que encontrar explicações causais a principal preocupação teve a ver com a vivência em espaços contentores e securizantes que pudessem ajudar o jovem tomar consciência de si individualmente e em grupo. Assim propiciou-se a criação de um grupo terapêutico com jovens de ambos os sexos e com idades entre os 14 e os 17 anos.

Como refere Gottlieb (2016) a abordagem baseada nas forças é caracterizada por um foco sobre as capacidade, competências e recursos do cliente. O enfermeiro que utiliza esta perspectiva busca identificar as forças existentes dentro e em torno do individuo.

Em contexto grupal os jovens puderam revivenciar e reenquadrar situações vividas, de forma terapêutica. Desta forma atribuíram-lhes novos significados e beneficiaram da aceitação intergrupal. A presença de terapeutas de ambos os sexos deu-lhes a possibilidade de fazer a recapitulação corretiva do seu grupo primário.

Em termos das forças pessoais desocultadas podemos concluir que se reforçou o sentimento de sermos aceites, como somos, e de sermos capazes de novos papéis. O conseguir agradar ao outro, revelarmo-nos sem os outros nos julgarem, capacidade de se autonomizarmos da família, capacidade de criar novas relações interpessoais, a coragem de se externalizar conflitos internos, a criatividade, assertividade para resolver conflitos e o reviver memórias de bem estar.

Devo por fim sublinhar que este projeto regista um longo processo de aquisição de novas competências, sobretudo através da busca e do encontro

com o outro. Sobretudo a consolidação das competências (F1 e F4)⁵a par da aquisição de novos conhecimentos permitirá no futuro melhorar a qualidade das intervenções de enfermagem, sobretudo porque se ampliou a compreensão, no sentido mais humanista do termo, das crianças e jovens, através das forças da relação e desta forma se promoverá a melhoria da sua saúde mental.

⁵ Competência F1” Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.”
Competência F4 “ Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.(OE,2010, p.4,7).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2015). Relatório Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 11 de Setembro de 2017. Acedido 20-07-2017. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM] e Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2012). Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência - Documento Técnico de Suporte. Acedido em 11-05-2017 20. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DOCUMENTO%20T%C3%89CNICO%20DE%20SUPORTE_RRH_PSIQ%20IA_VERS%C3%83O_%2023%20NOV.pdf
- American Psychiatric Association (2013) DSM-5™ *Manual de diagnósticos e estatística das perturbações mentais*. 5ª ed. Lisboa: Climepsi (traduzido do original inglês DSM-5. Diagnostic and statistic manual of mental disorders, 2013, 5th ed. Arlington: American psychiatric publishing).
- Andrade, A.S.,(2001). Deficiência Mental, Jogos e Psicodrama: Importância dos jogos corporais no desenvolvimento do vínculo em grupos de crianças. *Psicodrama- Revista da Sociedade Portuguesa de Psicodrama* Nº 6. 105-127.
- Araújo, A., Almeida, Vilarica P, Matos A. e Caldeira da Silva, P.(2015). *Continuidades e Descontinuidades- Revisitar a infância na adolescência*. Comunicação apresentada ao 6º Encontro Nacional de Internos de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Associação Nacional dos Internos de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Viseu.
- Batista Correia, M. C.(2009). *Pensar Enfermagem*. Vol. 13 Issue 2, 30-36.
- Benavente, R.(2001).Perturbação de comportamento na infância: diagnóstico, etiologia, tratamento e propostas de investigação futura. *Revista Análise Psicológica*. Acedido a 12-08-2017 e disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/363/pdf>

- Blos, P. (1962) *On Adolescence: A Psychoanalytic Interpretation*. New York: The Free Press.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Brazelton, B.T. & Greenspan, S.I. (2006). *A Criança e o seu Mundo*. 5ª Ed. Lisboa: Editorial Presença.
- Código Deontológico do Enfermeiro, aprovado pelo Decreto-Lei nº. 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro.
- Caldeira da Silva, Et. al. (2015). Continuidades e Descontinuidades – Revisitar a segunda infância durante a adolescência. Comunicação oral no 6º Encontro Nacional de Internos de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, 26-27/11/2015.
- Castillo, T.H. & Balanguera L.S. & Lence M.H. (2014). *Psicoterapia Con Niños Y Psicodrama: La Cura Por La Alegria*. Madrid: Editorial Sintesis.
- Carreira A. & Correia A. (2011) Unidade de Cuidados a Tempo Parcial para Crianças com Problemas do Comportamento. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*. Nº31, 7-15.
- Chalifour, J. (2007). *A Intervenção Terapêutica – Estratégias de Intervenção*. Vol.2. Loures: Lusodidacta.
- Coordenação Nacional Para a Saúde Mental (2009). *Recomendações para a Prática de Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: DGS.
- Cuijpers P. & Shields-Zeeman L. & Walters B.H. & Petrea I. Prevention of Depression and Promotion of Resilience-Consensus.Paper- EU Health Programme (2014-2020).
- Dean, A. J., Gibbon, P., McDermott, B. M., Davidson, T., e Scott, J. (2010). Exposure to Aggression and the Impact on Staff in a Child and Adolescent Inpatient Unit. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(1), 15–26. DOI:10.1016/j.apnu.2009.01.002.

- Delaney, K.R.(2014). Positioning the Work of Child and Adolescent Psychiatric Nurses. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 27 (2014) 49–50. **DOI:** 10.1111/jcap.12075.
- Direção Geral de Saúde (2015). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Norma nº 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015.
- Elliott, R. (2002). Hermeneutic Single-Case Efficacy Design, *Psychotherapy Research* 12(1) 1–21.**DOI:** 10.1080/713869614.
- Erickson, E. H. (1987). *Infância e Sociedade*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar editores.
- Frederico-Ferreira, M. M., & Santos, M. R. (2013). Identificação dos fatores determinantes no desenvolvimento das competências sociais dos adolescentes, *Revista de Enfermagem Referência*, III Série - n.º 10 - jul. 2013,79–88. **DOI:**10.12707/RIII12114
- Goleman, D.(1997). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Circulo dos Leitores.
- Goodman, R.& Meltzer, H., & Bailey, V. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire : a pilot study on the validity of the self-report version, 125–130. **DOI:**10.1080/0954026021000046137.
- Gottlieb, L.N.(2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças*. Loures: Lusodidata.
- Guerra, M.P.& Lima, L.(2013).– *Intervir em Grupos na Saúde*. 2ª ed.: Lisboa: Climepsi.
- Hoffmann, L.& Paris S.& Hall E.(1995).*Psicologia del Desarrollo Hoy*. 6ª ed. Madrid: McGraw Hill.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Keenan, K. (2012). *Développement de l'agressivité physique de la petite enfance à l'âge adulte*.Encyclopédie sur le development des jeunes. Montreal.
- Laufer M.(2000). *O Adolescente Suicida*.Lisboa: Climepsi Editores.

- Marcelli, D.& Braconnier, A. (2005). *Adolescência e Psicopatologia*. 6ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marcelli, D.& Braconnier, A. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marzocchi, G. Et al (2004). The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry [Suppl 2]* 13:II/40–II/4(2004). **DOI**:10.1007/s00787-004-2007-1 O.
- Muris, P. et al. (2004). The self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire: its psychometric properties in 8- to 13-year-old non-clinical children. *The British Journal Of Clinical Psychology/The British Psychological Society*, 43(Pt 4), 437-448. Acedido em: 09/10/2017, de MEDLINE with Full Text. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=15530213&lang=pt br&site=ehost-live>
- Ministério da Saúde. (2016). *Saúde Mental em números – 2015*. Lisboa: DGS.
- Moreno, J. L. (2006) *Psicodrama*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Nery, M. da P.& Costa, L. F. & Conceição, M. I. G. (2006). *O Sociodrama como método de pesquisa qualitativa*. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 16(35), 305-313. **DOI**: 10.1590/S0103-863X2006000300002.
- Nunes, L. (2008). Responsabilidade Profissional. VIII Seminário de Ética. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. Nº29.maio 2008.
- Acedido em 29-10-2017. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_29_mai_2008.pdf
- Nursing, A. P. (2014). Positioning the Work of Child and Adolescent. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 27, 49-50. **DOI**:10.1111/jcap.12075.
- Pio Abreu, J. L. (2006). *O Modelo do Psicodrama Moreniano*. 3ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.

- Pio Abreu, J. L. (2015). *Introdução À Psicopatologia Compreensiva*. 7ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. N.º 47. Diário da República, 1.ª série (6 de março de 2008). 1395-1409.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009) – Recomendações para a prática clínica – Saúde Mental Infantil e Juvenil nos cuidados de Saúde Primários, Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Prata A.T, Almeida, C., Farinha M, Ganhoto R, Peixoto I, Almeida Dias P., Padez Vieira F., Reis J.M., Moreira A.M, Vilarica P, Caldeira da Silva P.(2013). *Quem Recorre ao Serviço de Urgência de Pedopsiquiatria de Lisboa?*.XXV Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Faro. Acedido em 15.07.2017. Disponível em <http://anuariohde.com/index.php/resumos-artigos>.
- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Regulamento n.º 129/2011. Diário da República, 2.ª série - N.º 35 - (18 de fevereiro de 2011). 8669-8673.
- Regulamento n.º 356/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, 2.ª série — N.º 122 (25 de junho de 2015) 17034-17041.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2016). Saúde Procuram-se Novos Caminhos– Relatório de Primavera 2016.
- Ribeiro, J.P. & Correia A.M.(2016). Psicodrama e Musicoterapia complementaridade da expressão emocional. *Revista da Sociedade Portuguesa de Psicodrama*. Nº 8, nov.2016,66-82.
- . Salamone-Violi M.L.G, Chur-Hansen A. e Winefield H.R. (2015) ‘I don’t want to be here but I feel safe’: Referral and admission to a child and adolescent psychiatric inpatient unit: The young person’s perspective. *International Journal of Mental Health Nursing* 24, 569–576. DOI: 10.1111/inm.12163.
- Santos, M.C.(2015). *Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes- Identificar, Avaliar e Intervir*. 2ª ed. Lisboa: Edições Silabo.

- Schützenberger, A. A. (2003). *Le psychodrama*. Paris: Petite Biblioteque Payot.
- Serra, A. V. A. Z. (1988). O auto conceito. *Análise Psicológica* (1988), 2 (VI): 101-110.
- Soeiro, A.C. (1991). *Psicodrama e Psicoterapia*. Lisboa: Escher.
- Soeiro, A.C.(1990). *O Instinto de Plateia*. 2ª ed. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Souza, L V & Santos, M A. (2009). Therapeutic group for young people with social phobia. *Journal of Human Growth and Development*, 19(2), 69-280.
Acedido em 11-08-2017 e disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200008&lng=en&tlng=en.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica – Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. (S.C. Rodrigues Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês Psychiatric Mental Health Nursing – Concepts of care in Evidence-Based Practice, 6ª ed., 2009)
- Tremblay, R. E. (2010). Developmental origins of disruptive behaviour problems: the “original sin” hypothesis, epigenetics and their consequences for prevention. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 51(4), 341–367. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2010.02211.x.
- Trepacz , P.T. e Baker R.W.(2001). *Exame Psiquiátrico de Estado Mental*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Vidigal, M. (2005). *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes aprender a pensar*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Vieira, F.(1999). *(Des) Dramatizar na Doença Mental- Psicodrama e Psicopatologia*. Lisboa: Edições Silabo.
- Vinogradov, S. & Yalom, I. D. (2016). *Guia Breve De Psicoterapia de Grupo*. 10ª Ed. Barcelona: Paidós.
- Vigotsky L.S.(2012). *Imaginação e Criatividade na Infância*. Lisboa: DinalivroWorld Health Organization.

Zaslavsky, J.& Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2003). Psychoanalytic supervision: a review and an approach to systematize. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 25(2), 297-309.**DOI:**10.1590/S0101-81082003000200006.

ANEXOS

Anexo I :Técnicas para trabalhar as forças no modelo de SBC

Categoria	Caraterísticas específicas: exemplos
Sabedoria e forças espirituais	Relacionadas com a idade: pessoas mais velhas sábias; pessoas mais jovens insensatas
Forças emocionais	Perseverança, introspeção, otimismo, colocar os problemas em perspetiva, encontrar um propósito e significado na vida, ter esperança, fé, amar a vida
Forças de carácter	Integridade, honestidade, disciplina, coragem, perseverança
Forças criativas	Capacidade para apreciar arte, aptidão para expressar-se na escrita, voz e outras formas de arte Vai para além de um raciocínio original e produtivo
Forças relacionais e de afeto	Capacidade para criar relações com os outros, cheias de significado, capacidade para comunicar, capacidade para acarinhar, mostrar compaixão, cooperação, tolerância, empatia, perdão, amor e bondade
Forças educacionais	Graus académicos, aquisição de um nível educacional, educação informal
Forças cognitivas	Resolução de problemas, tomada de decisão, capacidade para pensar e raciocinar
Forças promotoras e relacionadas com o trabalho	Conseguir segurança no trabalho, sustentar uma família, gerar riqueza
Forças de uso de recursos	Fazer uso da rede social, aceder aos serviços da comunidade
Forças de capacidade e de sobrevivência	Capacidade para evitar a dor, prover necessidades básicas psicológicas e de segurança, relacionadas com o status da saúde

Retirado de Gottlieb (2016, p.132)

--	--

Técnicas específicas (ES1)	Caraterísticas das forças: bases para a técnica
ES1: Inventário das forças já existentes	As forças são construções pessoais As forças são entidades em desenvolvimento As forças podem ser esvaziadas ou reforçadas
ES2: Pergunte à pessoa acerca das suas forças e recursos	As forças estão relacionadas com objetivos As forças são transferíveis As forças são construções pessoais
ES3: Partilhe as observações das forças com a pessoa	As forças podem ser aprendidas
ES4: Ensine a pessoa como deve descobrir as suas forças	As forças podem ser aprendidas As forças estão relacionadas com objetivos As forças são definidas pelo contexto e circunstância
ES5: Evite rótulos de diagnóstico para descrever a pessoa	As forças são construções pessoais
ES6: Dê um elogio e um louvor	As forças são entidades em desenvolvimento As forças podem ser aprendidas As forças coexistem com as fraquezas e as vulnerabilidades
ES7: Foque-se em encontrar soluções em vez de se centrar no problema	As forças coexistem com as fraquezas e as vulnerabilidades As forças estão relacionadas com objetivos
ES8: Encontre oportunidades para transmitir esperança	As forças são definidas pelo contexto e circunstância As forças são multidimensionais

Retirado de Gottlieb (2016, p.422)

<p>Abordagem 1: Técnicas para desenvolver potenciais em forças (DPS)</p>	DPS1: providenciar conhecimento sobre a força.
	DPS2: criar oportunidades para praticar uma nova competência: praticar-treinar-praticar.
	DPS3: ampliar a consciência da pessoa sobre uma potencial força
	DPS4: capitalizar forças já existentes e modifica-las para uma situação diferente.
<p>Abordagem 2: Técnicas para converter défices em forças (TDS)</p>	<p>TDS1:trate o défice como uma força. TDS2:coloque questões que estimulem novas formas de pensar. TDS3: reenquadre o comportamento. TDS4: crie um ambiente com “boa capacidade de adaptação.”</p>
<p>Abordagem 3: Técnicas para minimizar o défice e maximizar forças (MDMS)</p>	<p>MDMS 1: ajude a pessoa a ter controlo. MDMS 2: fortaleça a ligação mente-corpo através da regulação de estados de excitação (autorregulação). MDMS 3: saliente as forças para contrabalançar as fraquezas.</p>

Retirado de Gottlieb (2016, p.432)

**Anexo II – Regulamento de Competências de Enfermeiro Especialista de Saúde
Mental e Psiquiatria (in OE)**



REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

APROVADO POR UNANIMIDADE EM

ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DE 20 DE NOVEMBRO DE 2010

Proposta apresentada pelo Conselho Directivo, após aprovação na Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em 25/09/2010

Lisboa, 20 de Outubro de 2010

REGULAMENTO

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

Preâmbulo

Os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental (EESM), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam. O EESM compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projecto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afectada pelos factores contextuais.

Assim, a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.

Na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro EESM desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade.

Durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, essa especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e protecção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial.

O EESM, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.

No que respeita à sua participação no tratamento das pessoas com doença mental, as intervenções do EESM visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa

doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objectivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.

Ao mobilizar na prática clínica um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos e ao demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas, o EESM possibilita também que a pessoa, durante o processo terapêutico, viva experiências gratificantes quer na relação intrapessoal quer nas relações interpessoais.

O cliente é um ser único e, como tal, com vulnerabilidades próprias que nesta área dos cuidados de enfermagem, podem determinar, em situação limite, ser envolvidos nos cuidados involuntariamente, pela aplicação do enquadramento legal específico. No mesmo sentido e dele decorrente, podem receber cuidados, que no momento vão contra o seu desejo. Estas particularidades afectam a natureza da relação enfermeiro – cliente e podem colocar dilemas éticos complexos, que necessitam ser sistematicamente objecto de reflexão.

O avanço no conhecimento requer que o EESM incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projectos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.

Nos termos da alínea c) do nº 4 do artigo 31º-A do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, o Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, aprova a presente proposta de regulamento, a propor ao Conselho Directivo para dar seguimento ao processo regulamentar.

O cliente é um ser único e, como tal, com vulnerabilidades próprias que nesta área dos cuidados de enfermagem, podem determinar, em situação limite, ser envolvidos nos cuidados involuntariamente, pela aplicação do enquadramento legal específico. No mesmo sentido e dele decorrente, podem receber cuidados, que no momento vão contra o seu desejo. Estas particularidades afectam a natureza da relação enfermeiro – cliente e podem colocar dilemas éticos complexos, que necessitam ser sistematicamente objecto de reflexão.

O avanço no conhecimento requer que o EESM incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projectos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.

Nos termos da alínea c) do nº 4 do artigo 31º-A do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, o Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, aprova a presente proposta de regulamento, a propor ao Conselho Directivo para dar seguimento ao processo regulamentar.

Artigo 1.º Objecto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental.

Artigo 2.º Âmbito e Finalidade

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3.º Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Artigo 4.º

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental

1. As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental são as seguintes:

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
 - b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental;
 - c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
 - d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica realizada no dia 25 de Setembro de 2010

A Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde

Mental e Psiquiátrica Enf.ª Glória Durão Butt

ANEXO I

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

Descritivo:

A capacidade de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas, é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Crítérios de avaliação</i>
F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas	F1.1.1. Identifica no aqui - e - agora emoções, sentimentos, valores e outros factores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar. F1.1.2. Gere os fenómenos de transferência e contra - transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica. F1.1.3. Mantém o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico. F1.1.4. Monitoriza as suas reacções corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este "dar conta de si" integrativo, para melhorar a relação terapêutica.

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

Descritivo:

Recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, protecção da saúde e a prevenção da perturbação mental. O processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
F2.1. Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente F2.2. Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família	F2.1.1. Avalia a repercussão para a saúde mental da interface entre o indivíduo, família, grupos, comunidade e os sistemas sociais, de saúde, escolares, profissionais, culturais, desportivos, recreativos, espirituais e políticos. F2.1.2. Avalia factores promotores e protectores do bem-estar e saúde mental assim como factores predisponentes de perturbação mental na comunidade e grupos. F2.2.1. Executa uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do cliente. F2.2.2. Executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental. F2.2.3. Avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia.
F2.3. Coordena, implementa e desenvolve projectos de promoção e protecção da saúde mental e prevenção da	F2.3.1. Implementa na comunidade programas centrados na população que promovam o empoderamento, a saúde mental e previnam ou reduzam o risco de perturbações mentais, privilegiando estratégias de desenvolvimento comunitário participativo. F2.3.2. Implementa programas de promoção da participação activa através da educação para
perturbação mental na comunidade e grupos	a cidadania e empoderamento das pessoas com doença mental grave. F2.3.3. Implementa projectos de cuidados a clientes em todas as fases do ciclo vital e a cuidadores, no âmbito da saúde mental, incluindo: Projectos que promovam a participação activa dos clientes na vida social; Projectos que promovam o bem-estar e saúde mental dos clientes que necessitem de cuidados, na comunidade ou em instituições; Medidas de suporte aos cuidadores. F2.3.4. Implementa programas de promoção da saúde mental em locais de trabalho, escolas entre outros sistemas, visando a redução de factores de stresse, a gestão de conflitos e comportamento abusivo como a violência, o assédio moral, álcool, drogas, bem como programas de intervenção precoce.

3. 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.

Descritivo:

Sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde. Prescrição dos cuidados a prestar baseadas na evidência, de forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, tomando em consideração o ciclo vital e centrando a atenção nas respostas do cliente a problemas de saúde, reais ou potenciais. O processo de diagnóstico exige integração e interpretação dos diversos dados, diagnóstico diferencial, bem como pensamento crítico. Utilização da gestão de caso para coordenar cuidados de saúde e para assegurar a continuidade de cuidados, integrando as necessidades dos clientes e equipas, optimizando os resultados existentes. O método de gestão de caso inclui actividades como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade	F3.1.1. Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental. F3.1.2. Avalia o impacto na saúde mental de múltiplos factores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar. F3.1.3. Identifica apresentações típicas e atípicas de perturbações mentais e problemas de saúde relacionados. F3.1.4. Diferencia os estados fisiológicos, as perturbações orgânicas ou restantes problemas do cliente, das alterações específicas associadas a problemas de saúde mental, doenças psiquiátricas ou alterações relacionadas com tratamentos. F3.1.5. Diferencia exacerbação e recorrência de uma perturbação psiquiátrica, de sinais e sintomas de um novo problema de saúde ou nova doença. F3.1.6. Identifica complicações que frequentemente decorrem dos problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas, incluindo problemas de saúde física. F3.1.7. Avalia e detecta situações de emergência psiquiátrica, e o seu nível de risco com vista à intervenção de emergência. F3.1.8. Avalia o potencial de abuso, negligência e risco para o próprio e os outros, nomeadamente relativo a suicídio, homicídio, e outros comportamentos auto destrutivos, de forma a ajudar os clientes e famílias a assegurar um ambiente o menos restritivo possível que garanta a segurança para o cliente e terceiros. F3.1.9. Aplica sistemas de taxionomia estandardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros.
F3.2. Identifica os resultados esperados com a implementação dos projectos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental	F3.2.1. Compromete-se com a definição de indicadores sensíveis aos cuidados em saúde mental. F3.2.2. Identifica, descreve e monitoriza os resultados clínicos individualizados para o cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efectividade do plano de cuidados e ganhos em saúde mental.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
F3.3. Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade	<p>F3.3.1. Compromete-se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal.</p> <p>F3.3.2. Desenvolve, dirige e implementa programas de cuidados comunitários assertivos e integrados para pessoas com Doença Mental Grave.</p> <p>F3.3.3. Concebe, planifica e desenvolve projectos de Desenvolvimento Comunitário Participativo para o estabelecimento de ambientes promotores de saúde mental, em estreita colaboração entre os cuidados de saúde primários e os parceiros sociais.</p> <p>F3.3.4. Concebe, coordena e implementa, projectos de promoção da saúde mental de crianças e jovens, entre outros através de programas de promoção de aptidões parentais, aconselhamento pré - natal, estratégias de intervenção precoce, e através do sistema educativo e aconselhamento a pais, crianças e jovens.</p> <p>F3.3.5. Planeia e desenvolve programas de treino de aptidões sociais e de desenvolvimento sócio-emocional, direccionados para áreas específicas que evitem a exposição e exclusão social, nomeadamente em situações de comportamentos aditivos, violência doméstica, negligência e mau trato a crianças, jovens, idosos, sem abrigo e outras pessoas que vivam em situação desfavorecida, independentemente do contexto.</p>
F3.4. Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados	<p>F3.4.1. Concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e factores de protecção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental.</p> <p>F3.4.2. Monitoriza a segurança do cliente e faz avaliação contínua para detectar precocemente mudanças no estado de saúde mental, intervindo em situações de urgência psiquiátrica.</p> <p>F3.4.3. Gere as emergências psiquiátricas determinando o nível de risco, inicia e coordena cuidados de emergência efectivos.</p> <p>F3.4.4. Gere o regime medicamentoso baseado em indicadores clínicos para colmatar sintomas das doenças psiquiátricas e melhorar a funcionalidade.</p> <p>F3.4.5. Elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: Aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade; Manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; Promover e reforçar as capacidades das famílias.</p>
F3.5. Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objectivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde	<p>F3.5.1. Desempenha as funções de terapeuta de referência e pode coordenar programas de gestão dos casos, no âmbito dos programas integrados de apoio específico às pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada, e suas famílias.</p> <p>F3.5.2. Elabora e supervisiona os programas/planos individualizados de tratamento/reabilitação das pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada, e suas famílias.</p> <p>F3.5.3. Colabora com a Autoridade de Saúde nas situações previstas na Lei de Saúde Mental relativas ao internamento compulsivo.</p> <p>F3.5.4. Coordena a transição de doentes e famílias entre cenários de cuidados de saúde mental, cenários de cuidados de saúde gerais e unidades comunitárias para fornecer continuidade de cuidados e suporte ao cliente, família e outros prestadores de cuidados de saúde.</p> <p>F3.5.5. Audita a toma de medicamentos no internamento, no domicílio ou no Centro de Saúde, sempre que tal se revele necessário, em especial nas situações de doença mental severa.</p> <p>F3.5.6. Orienta o cliente no acesso aos recursos comunitários mais apropriados, tendo em conta o seu problema de saúde mental.</p> <p>F3.5.7. Elabora relatórios e/ou pareceres para influenciar os planos de cuidados dos clientes e estimular as capacidades de outros de fornecer cuidados e impulsionar alterações no sistema.</p>

4. Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Descritivo

A implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobiliza cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional. O tratamento para recuperar a saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental tem como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere. Envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias através de actividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
F4.1. Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental	<p>F4.1.1. Fornece antecipadamente orientações aos clientes, para promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais.</p> <p>F4.1.10. Promove a adesão ao tratamento em pessoas com perturbação ou doença mental, com particular preocupação na doença mental grave ou de evolução prolongada.</p> <p>F4.1.2. Implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efectiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais.</p> <p>F4.1.3. Ensina os clientes, pessoas significativas e família, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas).</p> <p>F4.1.4. Educa e ajuda o cliente na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas.</p> <p>F4.1.5. Presta apoio sistematizado às famílias de pessoas com doenças mentais graves e crónicas através de intervenções psicoeducativas uni e multifamiliares, incluindo a organização e condução de grupos psicoeducacionais para pessoas com doença mental e famílias.</p> <p>F4.1.6. Apoia famílias de pessoas com doença mental grave, incentivando a organização de grupos de ajuda que o incluam, assim como a família.</p> <p>F4.1.7. Demonstra sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos tais como: sexualidade, abuso de substâncias, violência, comportamentos de risco e outros.</p>

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
	<p>F4.1.8. Analisa o impacto dos sinais e sintomas psiquiátricos na habilidade e disponibilidade para aprender e planeia abordagens de acordo com a situação.</p> <p>F4.1.9. Considera a disponibilidade para melhorar o auto cuidado e comportamentos de saúde quando se está a ensinar pessoas com problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas.</p>
<p>F4.2. Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e á situação</p>	<p>F4.2.1. Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições.</p> <p>F4.2.2. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o "insight" do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema.</p> <p>F4.2.3. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental.</p> <p>F4.2.4. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudem o cliente a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os deficits por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida.</p> <p>F4.2.5. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.</p>
<p>F4.3. Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais</p>	<p>F4.3.1. Concebe e desenvolve programas de reabilitação psicossocial para pessoas com doença mental grave ou de evolução prolongada, nas equipas técnicas que integra.</p> <p>F4.3.2. Implementa intervenções psicossociais estruturadas individualmente, em grupos ou comunidades visando a inserção familiar, social e profissional da pessoa com perturbação ou doença mental.</p> <p>F4.3.3. Implementa intervenções psicossociais de recrutamento e retenção ou reabilitação e regresso ao local de trabalho de pessoas em sofrimento ou com perturbação mental.</p> <p>F4.3.4. Envolve outros profissionais na definição de projectos que visem a reabilitação psicossocial da pessoa, contribuindo para melhorar os indicadores de morbilidade e mortalidade.</p>

ANEXO III.-Questionários SDQ auto-preenchidos

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)

A 11-17

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marca, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responderes a todas as afirmações o melhor que poderes, mesmo que não tenhas a certeza absoluta ou que a afirmação te pareça estranha. Por favor, responde baseando-te na forma como as coisas te têm corrido nos últimos seis meses.

Nome .. **HIPNOS**

Masculino/Feminino

Data de nascimento .. **[REDACTED]**

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Tento ser simpático/a com as outras pessoas. Preocupo-me com o que sentem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sou irrequieto/a, não consigo ficar quieto/a muito tempo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho muitas dores de cabeça, de barriga ou vómitos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosto de partilhar com os outros (comida, jogos, esferográficas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Irrito-me e perco a cabeça muitas vezes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou quase sempre sozinho/a, jogo sozinho/a. Sou reservado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Normalmente faço o que me mandam	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupo-me muito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gosto de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Não sossego, estou sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ando sempre á pancada. Consigo obrigar os outros a fazer o que eu quero	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ando muitas vezes triste, desanimado/a ou a chorar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os meus colegas geralmente gostam de mim	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou sempre distraído/a. Tenho dificuldades em me concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fico nervoso/a em situações novas. Facilmente fico inseguro/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sou simpático/a para os mais pequenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sou muitas vezes acusado/a de mentir ou enganar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Outras crianças ou jovens metem-se comigo, ameaçam-me ou intimidam-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Costo de ajudar os outros (pais, professores ou outros jovens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Costo nas coisas antes de as fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Costo com coisas que não são minhas, em casa, na escola ou noutros sítios	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Costo-me melhor com adultos do que com os da minha idade	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Costo muitos medos, assusto-me facilmente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Costo-me facilmente a acabar o que começo. Tenho uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Algum outro comentário ou preocupação? Descreve.

Em geral, pensas que tens dificuldades numa ou mais das seguintes áreas:
atenção, concentração, comportamento ou em dares-te com outras pessoas?

Não	Sim- dificuldades pequenas	Sim- dificuldades grandes	Sim- dificuldades muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeste "Sim", por favor responde às seguintes questões sobre essas dificuldades:

Quanto tempo existem essas dificuldades?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Essas dificuldades incomodam-te ou fazem-te sofrer?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Essas dificuldades perturbam o teu dia-a-dia nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COM OS AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RENDIZAGEM NA ESCOLA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BRINCADEIRAS/ JOGOS LIVRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Essas dificuldades são um problema para os que estão à tua volta (família, amigos, professores, etc.)?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marca, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responderes a todas as afirmações o melhor que puderes, mesmo que o tenhas a certeza absoluta ou que a afirmação te pareça estranha. Por favor, responde baseando-te na forma como as coisas te foram sentidas no período corrido nos últimos seis meses.

me . **TERPSÍCORE**

Masculino/Feminino

data de nascimento **.....**

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
...to ser simpático/a com as outras pessoas. Preocupo-me com o que sentem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...u irrequieto/a, não consigo ficar quieto/a muito tempo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ho muitas dores de cabeça, de barriga ou vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...to de partilhar com os outros (comida, jogos, esferográficas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...o-me e perco a cabeça muitas vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...u quase sempre sozinho/a, jogo sozinho/a. Sou reservado/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...nalmente faço o que me mandam	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...cupo-me muito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...o de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ossego, estou sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...o pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sempre á pancada. Consigo obrigar os outros a fazer o que eu quero	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... muitas vezes triste, desanimado/a ou a chorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...us colegas geralmente gostam de mim	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sempre distraído/a. Tenho dificuldades em me concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...ervoso/a em situações novas. Facilmente fico inseguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...npático/a para os mais pequenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...ítas vezes acusado/a de mentir ou enganar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...as crianças ou jovens metem-se comigo, ameaçam-me ou intimidam-me	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...e ajudar os outros (pais, professores ou outros jovens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...is coisas antes de as fazer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...as que não são minhas, em casa, na escola ou noutros sítios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...melhor com adultos do que com os da minha idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...uitos medos, assusto-me facilmente	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...te acabo o que começo. Tenho uma boa atenção	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

...outro comentário ou preocupação? Descreve.

Em geral, pensas que tens dificuldades numa ou mais das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dares-te com outras pessoas?

Não	Sim- dificuldades pequenas	Sim- dificuldades grandes	Sim- dificuldades muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Se respondeste "Sim", por favor responde às seguintes questões sobre essas dificuldades:

• Há quanto tempo existem essas dificuldades?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

• Essas dificuldades incomodam-te ou fazem-te sofrer?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

• Essas dificuldades perturbam o teu dia-a-dia nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COM OS AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NA APRENDIZAGEM NA ESCOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
NAS BRINCADEIRAS/ TEMPOS LIVRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades são um problema para os que estão à tua volta (família, amigos, professores, etc.)?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura .. 

Data 

verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responderes a todas as afirmações o melhor que pudeses, mesmo que a certeza absoluta ou que a afirmação te pareça estranha. Por favor, responde baseando-te na forma como as coisas te sentem nos últimos meses.

MEDUSA

Masculino/Feminino

mento .

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
opático/a com as outras pessoas. Preocupo-me com o que sentem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
/a, não consigo ficar quieto/a muito tempo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dores de cabeça, de barriga ou vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
har com os outros (comida, jogos, esferográficas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
to a cabeça muitas vezes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pre sozinho/a, jogo sozinho/a. Sou reservado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ço o que me mandam	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ou sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
os um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ancada. Consigo obrigar os outros a fazer o que eu quero	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
es triste, desanimado/a ou a chorar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eralmente gostam de mim	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ra /a. Tenho dificuldades em me concentrar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situações novas. Facilmente fico inseguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
os mais pequenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
usado/a de mentir ou enganar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ou jovens metem-se comigo, ameaçam-me ou intimidam-me	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
outros (pais, professores ou outros jovens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
es de as fazer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
são minhas, em casa, na escola ou noutros sítios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
adultos do que com os da minha idade	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
, assusto-me facilmente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
que começo. Tenho uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

entário ou preocupação? Descreve.

Em geral, pensas que tens dificuldades numa ou mais das seguintes áreas:
atenção, concentração, comportamento ou em dares-te com outras pessoas?

Não	Sim- dificuldades pequenas	Sim- dificuldades grandes	Sim- dificuldades muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Respondeste "Sim", por favor responde às seguintes questões sobre essas dificuldades:

Quanto tempo existem essas dificuldades?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

As dificuldades incomodam-te ou fazem-te sofrer?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

As dificuldades perturbam o teu dia-a-dia nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COM OS AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COM A PREZINHA NA ESCOLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COM AS TAREFAS LIVRES	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

As dificuldades são um problema para os que estão à tua volta (família, amigos, professores, etc.)?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)

A 11-17

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marca, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responderes a todas as afirmações o melhor que puderes, mesmo que não tenhas a certeza absoluta ou que a afirmação te pareça estranha. Por favor, responde baseando-te na forma como as coisas te têm corrido.

Nome: **TIFÃO**

Masculino/Feminino

Data de nascimento: **[REDACTED]**

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Tenho ser simpático/a com as outras pessoas. Preocupo-me com o que sentem	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sou irrequieto/a, não consigo ficar quieto/a muito tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tenho muitas dores de cabeça, de barriga ou vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gosto de partilhar com os outros (comida, jogos, esferográficas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Irrito-me e perco a cabeça muitas vezes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou quase sempre sozinho/a, jogo sozinho/a. Sou reservado/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalmente faço o que me mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Preocupo-me muito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gosto de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Não sossego, estou sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tenho pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ando sempre à pancada. Consigo obrigar os outros a fazer o que eu quero	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ando muitas vezes triste, desanimado/a ou a chorar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os meus colegas geralmente gostam de mim	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou sempre distraído/a. Tenho dificuldades em me concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fico nervoso/a em situações novas. Facilmente fico inseguro/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sou simpático/a para os mais pequenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sou muitas vezes acusado/a de mentir ou enganar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças ou jovens metem-se comigo, ameaçam-me ou intimidam-me	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosto de ajudar os outros (pais, professores ou outros jovens)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penso nas coisas antes de as fazer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiro coisas que não são minhas, em casa, na escola ou noutros sítios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dou-me melhor com adultos do que com os da minha idade	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho muitos medos, assusto-me facilmente	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerilmente acabo o que começo. Tenho uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

tem algum outro comentário ou preocupação? Descreve.

Em geral, pensas que tens dificuldades numa ou mais das seguintes áreas:
emoções, concentração, comportamento ou em dares-te com outras pessoas?

Não	Sim- dificuldades pequenas	Sim- dificuldades grandes	Sim- dificuldades muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeste "Sim", por favor responde às seguintes questões sobre essas dificuldades:

• Há quanto tempo existem essas dificuldades?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

• Essas dificuldades incomodam-te ou fazem-te sofrer?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades perturbam o teu dia-a-dia nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COM OS AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NA APRENDIZAGEM NA ESCOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
NAS BRINCADEIRAS/ TEMPOS LIVRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades são um problema para os que estão à tua volta (família, amigos, professores, etc.)?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura 

Data 

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)

P 4-17

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento do seu filho / da sua filha nos últimos 6 meses.

Nome da criança **NEREU**

Masculino/Feminino

Data de nascimento **.....**

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
sensível aos sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
irrequieto/a, muito mexido/a, nunca para quieto/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sofre frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brinca facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
brinca-se muito facilmente e faz muitas birras	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
é inquieto/a. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
brinca frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
está muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
é querido/a pelas outras crianças gostam dele/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
brinca-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
tem muitas preocupações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
é simpático/a e amável com crianças mais pequenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
brinca frequentemente ou engana	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brinca com as outras crianças metem-se com ele/a, ameaçam-no/a ou intimidam-no/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gosta de ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
brinca com coisas antes de as fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
brinca em casa, na escola ou em outros sítios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brinca melhor com adultos do que com outras crianças	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tem muitos medos, assusta-se com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
termina sempre o que começa, tem uma boa atenção	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outro comentário ou preocupação? Descreva.

Em geral, parece-lhe que o seu filho / a sua filha tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?

Não	Sim- dificuldades pequenas	Sim- dificuldades grandes	Sim- dificuldades muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre essas dificuldades:

• Há quanto tempo existem essas dificuldades?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

• Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o seu filho / a sua filha?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho / da sua filha nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COM OS AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NA APRENDIZAGEM NA ESCOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAS BRINCADEIRAS/ TEMPOS LIVRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades são uma sobrecarga para si ou para a família?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura [redacted]

Data .. [redacted]

Mãe: ~~Pai~~ (por favor, indique quem):

APÊNDICES

Apêndice I: Diário de Aprendizagem



7º Curso de Mestrado de Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem Saúde Mental
e Psiquiatria
Unidade Curricular de Estágio

Diário de Aprendizagem

Amélia Marques

Lisboa
Janeiro 2017



7º Curso de Mestrado de Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

Unidade Curricular de Estágio

Diário de Aprendizagem

Discente: Amélia Marques N°6682

Docente: António Antunes Nabais

Lisboa

Janeiro 2017

Índice

INTRODUÇÃO.....	4
1.PRIMEIRA REFLEXÃO.....	5
2.SEGUNDA REFLEXÃO	7
3.TERCEIRA REFLEXÃO.....	8
4.QUARTA REFLEXÃO... ..	11
5.CONCLUSÃO	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13

Lista de Siglas e Abreviaturas

AO- Assistente Operacional

EESMP- Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

UIPIA – Unidade de Internamento de Primeira Infância e Adolescência

INTRODUÇÃO

Ao longo do primeiro campo de estágio numa Unidade de Internamento de Primeira Infância e Adolescência (UIPIA), tive oportunidade de vivenciar diversas situações que me permitiram melhorar algumas competências, enquanto futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica (EESMP). Tendo em conta a competência F1 do enfermeiro especialista em EESMP (OE,2010,p.4), pretende-se que este desenvolva a capacidade de autoconhecimento e de aceitação na sua individualidade, respeitando e aceitando o outro da mesma forma, bem como ser capaz de identificar emoções e sentimentos que possam de alguma forma interferir na relação terapêutica/relação de ajuda com o utente.

Este diário de aprendizagem tem como objetivo descrever quatro reflexões que foram estruturadas com base nas experiências pessoais e profissionais enquanto estagiária. Utilizou-se o modelo do Ciclo Reflexivo de *Gibbs*. Por isso este trabalho escrito será baseado numa reflexão, em quatro momentos: descrição do episódio, pensamentos e sentimentos, avaliação, análise, conclusão e plano de ação.

1. PRIMEIRA REFLEXÃO

- **Descrição do evento: o que aconteceu?**

O (P) de nome fictício, é um jovem de 11 anos, com diagnóstico clínico de Anorexia Nervosa⁶. Estava na casa de banho a escovar os dentes durante um longo período, de mais de 5 minutos. Pediu o elixir dentário. Interpelei-o dizendo que hoje não iria fazê-lo porque tinha estado demasiado tempo a escovar os dentes. Não aceitou a minha decisão e foi “bater” violentamente na porta da sala de trabalho dos enfermeiros, exigindo o elixir. Nesta altura, fui-me embora para outra sala da unidade.

- **Sentimentos: o que estou a pensar e a sentir?**

Fiquei perturbada perante a inflexibilidade de (P). Quando lhe virei costas, foi no intuito de lhe demonstrar que não iria atender o seu pedido. Manteve a sua insistência e foi pedir o elixir a outros enfermeiros. A reação deles foi no sentido de pedir esclarecimentos sobre a minha atitude. A situação resolveu-se com uma confrontação entre os meus argumentos e os do (P), supervisionada por um elemento da equipa. Aceitou fazer o elixir mais tarde. Foi-me reforçado que a sua doença estava relacionada com alguma rigidez de funcionamento e que a minha inflexibilidade estaria ainda a potenciar mais esse aspeto. Aceitei.

- **Avaliação: o que foi bom e mau nesta experiência?**

A situação teve o aspeto positivo de me confrontar diretamente com uma atitude reativa/irritada da minha parte face ao jovem. Logo no momento em que ocorreu, tive a noção de mim, e que estava a ficar tão rígida quanto o jovem.

O aspeto menos bom da minha atitude foi ter-lhe virado costas, ao invés de manter o contato e ter negociado. Portanto este meu ato não surtiu nenhum efeito positivo e apenas exacerbou a sua oposição.

⁶ A forma de anorexia pré pubertária baseia-se segundo (Russell, 1985) nos seguintes critérios: falência no ganho de peso; medo intenso do peso; distúrbio endócrino com atraso de desenvolvimento pubertário.

- **Análise: que sentido posso encontrar no que se passou**

Este jovem sabia exatamente o que fazer para ter o controlo de si e dos outros. Exercia-o de forma autoritária, demonstrando uma grande rigidez de atitudes. Este tipo de comportamento tendeu a ter em mim um efeito reativo que me levou a querer tomar o controlo das suas atitudes. Contudo não a levei até ao fim e quando lhe virei costas, senti que foi como se o tivesse “abandonado”.

- **Conclusão: o que fiz não fiz e que mais poderia ter feito?**

Alguns autores como (Marcelli & Braconnier, 2005) introduzem o termo “maternagem” como uma possibilidade de intervenção no internamento neste tipo de casos que permite ao jovem iniciar um movimento depressivo e desta forma abrir campo para uma intervenção psicoterapêutica. A atitude hostil para com os elementos da equipa de saúde era de tal forma acentuada que me impossibilitou de realizar essa aproximação ao jovem.

- **Plano de ação: o que irei fazer no futuro e contributo para o meu desenvolvimento futuro**

Este caso foi uma “bandeira” no meu percurso em termos do desenvolvimento pessoal e profissional. Sobretudo ao nível da gestão dos fenómenos de transferência e contratransferência e do impacto do si próprio na relação terapêutica.

É sempre nas situações limite que temos consciência das nossas barreiras. E através de uma progressiva tomada de consciência do impacto de nós, no estabelecimento da relação com o outro que podemos gerir as nossas emoções de forma a que tal não interfira negativamente na pessoa que queremos cuidar.

2. SEGUNDA REFLEXÃO

- **Descrição do evento: o que aconteceu?**

Uma jovem de 12 anos, de nome fictício (S), internada por anorexia nervosa, refere que está muito ansiosa e que quer falar comigo, em privado. Escolho um gabinete de consulta, ao acaso e entramos. Quando se sentamos começa a chorar dizendo que no dia seguinte era dia de pesagem, mas que não estava a conseguir aguentar, e então, pediu-me para a pesar secretamente. Na sala estava mesmo uma balança. Perante a minha recusa, argumentou que outros enfermeiros já o haviam feito.

- **Sentimentos: o que estou a pensar e a sentir?**

Senti que me tinha escolhido porque sendo um elemento externo à instituição, supôs ser mais fácil quebrar as regras?

Senti que me estava a manipular utilizando vários tipos de argumentação quer pela via emocional quer criando em mim a suspeição sobre supostas quebras de regras na instituição. Os seus “demónios” estavam à solta. E quando percebeu que eu não iria ceder, saiu do gabinete de forma intempestiva. Sentiu-se frustrada. O contato com jovens diagnosticados com este tipo de patologia fez-me perceber, o quanto eles “me irritavam”.

- **Avaliação: o que foi bom e mau nesta experiência?**

A sensação menos boa foi ter sido vista como um “alvo” que facilmente poderia pôr em causa o trabalho da equipa terapêutica.

O aspeto positivo foi ter tido a capacidade de impor limites na relação, sem que tivesse havido uma rotura com a jovem.

- **Análise: que sentido posso encontrar no que se passou**

Estas jovens têm um enorme desejo de controle, levado na sua patologia aos extremos. Segundo (Marcelli & Braconnier, 2005, p.180) “o controlo e o domínio do corpo, das necessidades fisiológicas, da família, do corpo médico, nutre o ideal do Ego (...)”.

- **Conclusão: o que fiz, não fiz e que mais poderia ter feito**

Poderia ter pedido ajuda à equipa e não ter tentado resolver sozinha a situação com a jovem. A classe profissional dos enfermeiros mercê da grande proximidade com os utentes têm mais possibilidades de estabelecer uma relação terapêutica com os jovens que outros profissionais que estão de forma intermitente com eles.

- **Plano de ação o que irei fazer no futuro e contributo para o meu desenvolvimento futuro**

As questões que esta jovem me colocou não são novas para mim, na enfermagem sempre se encontram pessoas cujas atitudes são um teste à nossa capacidade empática.

Para a coesão das equipas é importante que todos comuniquem usando a mesma linguagem e que sem receios sejamos capazes de expor as dificuldades que se experimentam com alguns clientes. Esta situação obrigou-me a uma reflexão pessoal sobre as minhas razões pessoais para esta irritabilidade pelo que em termos futuros, estarei com certeza mais atenta aos fenómenos contra transferenciais⁷.

⁷Segundo (Fadem & Simring, 1998) contratransferência entende-se quando o terapeuta se sente incapaz de ajudar o doente e começa a ficar impregnado de sentimentos particulares em que se recorda de familiares e amigos.

3. TERCEIRA REFLEXÃO

- **Descrição do evento: o que aconteceu?**

Num sábado, num momento de pausa de atividades pós jantar, vejo um assistente operacional (AO) sentado no sofá a conversar com um jovem internado. Parecia uma conversa pai/filho. O quadro era de harmonia, mas suscitou-me uma grande dúvida.

- **Sentimentos: o que estou a pensar e a sentir?**

O meu primeiro pensamento foi até que ponto isto seria benéfico para o jovem? Parecia clara a busca pelo jovem de uma figura masculina, de uma referência perdida de um pai? Mas este AO seria a pessoa certa? No lugar certo?

Senti que estava a ocupar um lugar, certamente devido aos enfermeiros que naquele momento estavam ocupados, com outras atividades. Percebi que naquele lugar era impossível não entrar em relação com os jovens, porque eles sempre buscavam quem lhes eram mais acessíveis.

- **Avaliação: o que foi bom e mau nesta experiência?**

A experiência permitiu-me pensar nos limites da função de AO e como podem se entrecruzar com a dos enfermeiros.

- **Análise: que sentido posso encontrar no que se passou**

Tem de haver uma delimitação clara das funções de cada grupo profissional. Devido às múltiplas tarefas exercidas pelos enfermeiros, muitas das suas funções acabam por ser exercidas por outros profissionais. Procurei documentação sobre a descrição de funções desta categoria profissional, que tende a ser pouco valorizada face a outros grupos mais proeminentes no domínio da saúde.

- **Conclusão o que fiz não fiz e que mais poderia ter feito**

Naquele momento poderia ter interferido, mas preferi contextualizar a situação conversando com o enfermeiro chefe desta unidade, procurando de alguma forma perceber se era uma situação atípica ou não. Na altura pensei em propor uma formação.

- **Plano de ação o que irei fazer no futuro e contributo para o meu desenvolvimento futuro**

Este caso fez-me pensar nas fronteiras por vezes ténues, na intervenção das diferentes equipas profissionais. As organizações hospitalares refletem na sua estrutura as profissões e também o meio social em que se encontram inseridas. (Carapinheiro, 1997) faz uma abordagem integracionista das profissões sob um ponto de vista sociológico. O hospital moderno caracteriza-se por uma complexa rede de relações entre profissões de caráter técnico e administrativo, que muitas vezes se sobrepõem e cujas fronteiras são de difícil delimitação.

A Agência Nacional para a Qualificação do Ensino Profissional e o Catálogo Nacional das Qualificações criou o técnico auxiliar de saúde que segundo a Ordem dos Enfermeiros considera que:

o técnico auxiliar de saúde é importante no bom funcionamento dos serviços de saúde, que sob orientação dos enfermeiros é fulcral para correta recolha e transporte de amostras biológicas, na limpeza, higienização e transporte de roupas, materiais e equipamentos, na limpeza e higienização dos espaços e no apoio logístico e administrativo das diferentes unidades e serviços de saúde e que por tal motivo deve reforçar as aprendizagens técnicas nestas áreas que são imprescindíveis para que os serviços de saúde cumpram os seus objetivos de qualidade e segurança nos cuidados dos seus doentes. (Parecer nº28/2012 da Ordem dos Enfermeiros)

É importante que os enfermeiros orientem e supervisionem as funções destes técnicos, para uma melhor delimitação de espaços de atuação profissional.

4. QUARTA REFLEXÃO

- **Descrição do evento: o que aconteceu?**

Numa tarde, uma criança de 7 anos, de nome fictício (F), estava chorosa, chamava pela mãe. Uma enfermeira, resolve proporcionar-lhe um banho de imersão que se torna num momento de grande prazer para o jovem em que brinca, faz de conta e reproduz algumas das suas vivências, com grande realismo.

- **Sentimentos: o que estou a pensar e a sentir?**

Pensei que foi um momento “mágico”, num dia muito sombrio daquela criança que por momentos, se esqueceu aonde estava e regressou a casa, às suas melhores recordações de infância, brincou de pai natal e fingiu que estava na praia.

- **Avaliação: o que foi bom e mau nesta experiência?**

Esta experiência foi para mim um momento de “ouro”, foi uma interação utilizando algo tão simples como um banho, em que se cuidou de uma criança, sossegando-lhe a angústia de separação. Tal como referem Brazelton & Greenspan (2006), a criança aprende a regular as suas emoções de forma recíproca através das interações. De mau, nada teve.

- **Análise: que sentido posso encontrar no que se passou**

O sentido que encontro no que se passou, tem muito a ver com o tema do meu projeto de estágio, a promoção das forças pessoais segundo o modelo SBC de Gottlieb (2016). A agitação da criança foi reconvertida em brincadeira que permitiu à criança regular o seu comportamento.

- **Conclusão o que fiz não fiz e que mais poderia ter feito**

Estive em segundo plano, quase como observadora porque entendi que não deveria interferir naquela relação entre a enfermeira e a criança.

O ambiente era muito *securizante* e protetor e isso tornou-se o principal aliado nesta interação. Segundo (Bowlby, 2002) a vinculação e o apego resultam

da necessidade de proteção e segurança. Observa-se em crianças que permanentemente exploram espaços e que sempre retornam para junto das figuras significativas que lhes dão segurança.

- **Plano de ação o que irei fazer no futuro e contributo para o meu desenvolvimento futuro**

Esta situação demonstra de forma concreta como os enfermeiros podem intervir utilizando o ato de cuidar, como uma poderosa ferramenta terapêutica que reenquadra o comportamento agitado de uma criança.

CONCLUSÃO

O processo de aprendizagem profissional pode ter um caráter transformador sempre que seja pautado por uma prática apoiada na reflexão crítica, na continuidade e no equilíbrio entre os saberes experienciais e os suportes teóricos. Este documento traduz quatro momentos de crescimento profissional em que todos os aspetos antes mencionados foram ativamente utilizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bowlby J. (2002). *Apego: a natureza do vínculo*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton B.T.& Greenspan S.I. (2006). *A criança e o seu Mundo*. 5ªed. Lisboa: Editorial Presença.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existenciais humanistas da relação de ajuda*. Volume 2. Loures: Lusodidata.
- Carapineiro, Graça. (1997). *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto/Portugal: Edições Afrontamento.
- Fadem B.& Simring S.(1998).*Auto-avaliação em Psiquiatria*. Lisboa: Climepsi editores.
- Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças*. Loures: Lusodidata.
- Marcelli, D.& Braconnier, A. (2005). *Adolescência e Psicopatologia*. 6ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros - Parecer nº 28 de 2012 – Referencial de Formação dos Técnicos Auxiliares de Saúde. Acedido em 25.01.2017. Disponível em <file:///C:/Users/hp/Documents/formação%20a%20assistentes%20operacionais/PARECER%20%20ORDEM%20ENF%20AUX%20SAUDE.pdf>.
- Townsend, Mary C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. 6ª ed. Loures: Lusociência.
- Russell, G. F. (1985). The changing nature of anorexia nervosa: An introduction to the conference. *Journal of Psychiatric Research*, 19(2-3), 101-109.
Doi:10.1016/0022-3956(85)90005-6

Apêndice II: Estudo de Caso



7º Curso de Mestrado de Enfermagem

**Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria**

Unidade Curricular de Estágio

Estudo de Caso

Amélia Marques

Lisboa

Mai 2017



7º Curso de Mestrado de Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria
Unidade Curricular de Estágio

Estudo de Caso

Discente: Amélia Marques N°6689

Docente: António Antunes Nabais

Lisboa

Maió 2017

LISTA DE SIGLAS

APIA – Apreciação, Problema, Intervenção, Avaliação

DR – Diário da República

EESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

NIC – Nursing Interventions Classification (Classificação das Intervenções de Enfermagem)

NOC – Nursing Outcomes Classification (Classificação dos Resultados de Enfermagem)

SBC – Modelo do Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças

Índice

INTRODUÇÃO	4
1. DESCRIÇÃO DO CASO	5
2. DESCRIÇÃO E ETIOLOGIA DO PROBLEMA DE SAÚDE	5
3. HISTÓRIA de ENFERMAGEM	6
3.1. Quadro Concetual	6
3.2. Adolescer...	7
3.3. Avaliação da Estrutura Familiar Segundo o Modelo de Calgary	8
3.3.1. Estrutura Interna	8
3.3.2. Estrutura Externa	8
3.3.3. Desenvolvimento: Estádios, Vínculos E Tarefas	8
3.4. AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE MENTAL	9
3.5. PLANO DE CUIDADOS	10
4. DISCUSSÃO	19
5. CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	
BIBLIOGRÁFICAS	23

Apêndices

Apêndice A – Linha de Vida de Medalie

Apêndice B - Genograma

Apêndice C- Ecomapa

Apêndice D – Exame do Estado Mental

INTRODUÇÃO

O presente trabalho descreve um estudo de caso ocorrido no âmbito do meu estágio curricular. Tem como objeto de estudo um jovem que frequentava o hospital de dia, de um hospital central, na área geográfica de Lisboa.

O estudo está suportado nos aspetos conceituais do modelo do “Cuidar Baseado em Forças” (SBC) de (Gottlieb, 2016), no modelo de avaliação familiar de Calgary, em registos de enfermagem de acordo com os diagnósticos da *NANDA* e nas intervenções e resultados da *NIC* e *NOC*.

De modo a obter conhecimento que contribua para a compreensão dos diferentes fatores presentes no caso, foi utilizada evidência científica, nomeadamente da área a psicopatologia infantil.

Este estudo de caso está organizado primeiramente, com a descrição do caso e a possível etiologia, e posteriormente por um enquadramento teórico, uma avaliação familiar e do estado de saúde mental. Por fim foi feito um plano de cuidados, uma discussão de resultados e uma conclusão.

1. DESCRIÇÃO DO CASO

O cliente deste estudo de caso é um jovem do género masculino de nome fictício, TIFÃO e tem a idade de 15 anos. Vive com os seus pais em Lisboa e não tem irmãos. Atualmente frequenta o 9º ano de uma Escola Básica de 2, 3º ciclo, no centro da cidade.

É descrito como tendo comportamentos diferentes de outros jovens da mesma idade, com dificuldade nas relações com os pares, discurso com muita pressão e por vezes violento com os colegas, sem motivo aparente.

Desde os 2 anos que apresenta queixas de dor abdominal de causa desconhecida, intermitente, a que se atribui atualmente a possíveis questões psicossomáticas.

O foco para os cuidados de enfermagem é o que está a funcionar e os recursos que tem para se desenvolver. Também é importante a forma como a pessoa lida com a adversidade. Usa que tipo de forças para construir confiança? A sua linguagem é positiva: força, energia, desafios, oportunidades?

Neste caso interessa realizar uma avaliação de enfermagem que permita à luz do modelo de SBC, implementar um plano de cuidados ajustado às suas necessidades.

2. DESCRIÇÃO E ETIOLOGIA DO PROBLEMA DE SAÚDE

A passagem ao ato na adolescência é uma manifestação comum e pode coincidir com as crises da idade, contudo o que as pode tornar patológicas é a sua repetição e intensidade. A tendência para agir ou para a impulsividade protege o adolescente da reflexão, da tomada de consciência de um conflito interior ou de um sofrimento psíquico. (Braconnier e Marcelli,2000).

Os psicanalistas desenvolveram o conceito de *acting out* como as ações impulsivas, em rutura com as motivações correntes da pessoa, podendo ser isoladas e ter formas auto e heteroagressivas.

Na população pediátrica a somatização mais frequente são as recorrentes queixas gástricas e álgicas.

Na análise psicodinâmica, a somatização é uma defesa psicológica, uma defesa da consciência de afetos desagradáveis, conflitos ou memórias. A somatização pode servir para perpetuar a proximidade de figuras de vinculação. (Moreira, Guedes e Monteiro (2010). Estes autores referem também que funciona como um pedido de ajuda, falam da somatização, como uma tendência para o sujeito expressar as suas angústias. Num estudo elaborado com crianças escandinavas refere-se que as crianças com dor abdominal, têm mais problemas de saúde mental, depois de um ano de follow-up, que as crianças em geral. Gieteling, Lisman-van Leeuwen, Passchier, Koes B. e Berger (2012).

No DSM-V inclui-se ainda uma categoria de diagnóstico, perturbação disruptiva por desregulação do humor que se aplica a jovens com menos de 18 anos que apresentem irritabilidade persistente e episódios frequentes de intenso descontrolo comportamental.

3. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM

3.1. Quadro concetual

A enfermagem precisa de bases teóricas para que as suas práticas se alicercem num corpo de conhecimentos científicos bem fundamentados.

Neste estudo de caso, o modelo de referência de cuidados de enfermagem é o “Cuidar de Enfermagem Baseado nas Forças” designado por SBC, centrado nas potencialidades únicas de cada pessoa: as forças de Gottlieb (2016).

Segundo esta autora a saúde é o que os indivíduos e famílias aspiram, que a pessoa é um todo que funciona de forma integrada.

Que os ambientes contêm forças que compelem para o fomento ou o seu déficit e por fim que os enfermeiros trabalhando com as pessoas e os seus ambientes, devem desenvolver forças que promovam a cura e a saúde.

Diz (Gotllieb,2016, p.139) “as forças são entidades em desenvolvimento (...) podem ser esvaziadas ou reforçadas, desenvolvidas pela aprendizagem e são construções pessoais.” Ainda refere, “trata-se de perceber como as forças coexistem com as fraquezas e de aprender a usar as forças para superar as fraquezas e a minimizar as vulnerabilidades.” (Gotllieb, 2016, p.144)

As forças são construções pessoais porque são o que próprio vê. Assim a autora diz, “(...) se disserem a uma criança que ela é amável e encantadora (...) eternizará esta qualidade no seu autoconceito” (Gotllieb,2016, p.150).

3.2. Adolescer

A Organização Mundial de Saúde atribui a designação de adolescente a todos os indivíduos entre os 10 e 19 anos de idade. Este jovem de 15 anos encontra-se segundo as fases de (Blos, 1962) na fase intermédia da adolescência que correspondente à escolha do objeto-heterossexual. As crises psicossociais de Erickson correspondem à fase V: a crise identidade vs. confusão de papéis.

Segundo (Sampaio, 2014) um adolescente normal mantém sentimentos de pertença à família, e capacidade para lidar com as emoções, embora com pouca segurança, manifesta prazer na sua sexualidade, estuda numa escola com um bom clima escolar e participa em redes sociais. Por oposição na adolescência patológica, imperam os sentimentos desesperança, a dificuldade em lidar com as emoções e a dificuldade em visionar o futuro.

3.3. Avaliação da Estrutura Familiar segundo o Modelo de Calgary

3.3.1. Estrutura interna

Esta família é composta por um casal e um filho adolescente. Nela estão presentes dois subsistemas: o conjugal (a mãe de nome fictício Joana Falcão com 49 anos e o pai de nome fictício Joel Lalande com 56 anos) e o parental (com o jovem de nome fictício TIFÃO com 15 anos). Vide o genograma (apêndice B). Em relação a TIFÃO não existe conhecimento quanto à sua orientação sexual.

3.3.2. Estrutura externa

A família alargada mais próxima são os avós maternos do jovem, mas com os quais têm algum distanciamento. Vide genograma (apêndice B).

Esta família pertence à classe média alta. A mãe é técnica superior na área da saúde, exercendo a atividade profissional num hospital de Lisboa, em funções de chefia. O pai exerce funções de técnico superior na área da justiça.

A família mora num bairro de classe média alta no centro da cidade, tem acesso fácil à escola e grande facilidade em aceder ao serviço nacional de saúde, derivada da profissão da mãe. Vide ecomapa (apêndice C)

3.3.3. Desenvolvimento: estádios, vínculos e tarefas

Esta família segundo o ciclo de vida de Duvall, encontra-se em estadio V: família com filho adolescente.

Segundo (Wright e Leahey, 2010), nesta fase, devem ser desenvolvidas tarefas no âmbito da promoção da liberdade, autonomia e independência do filho adolescente. Estas tarefas consistem assim na “modificação nos relacionamentos pais-filho para permitir ao adolescente movimentar-se dentro e fora do sistema.” (Wright e Leahey, 2010, p.108)

Nesta fase, o adolescente começa a conquistar maior autonomia psicológica, mas mantém alguma dependência dos pais.

É também habitual que o adolescente desenvolva relacionamentos com amigos, sem, contudo, cortar os laços familiares.

O papel dos pais altera-se, deixam de ser protetores de filhos pequenos e tornam-se os preparadores dos filhos para a entrada na vida adulta. (Wright e Leahey, 2010).

Esta família tem um funcionamento muito centrado nas dificuldades do jovem, pelo que continuamente este foi sujeito a idas a consultas, em diferentes especialidades médicas, procurando-se sempre causas orgânicas. Vide a Linha de Vida de Medalie (apêndice A). A mãe assume essa tarefa com maior preponderância e delega no pai tarefas menores, como por exemplo o transporte do jovem para as atividades extraescolares. Todos os contatos com a escola também são mediados pela mãe.

Esta família já teve acesso a vários anos de terapia familiar, tendo os técnicos tido muita dificuldade em reajustar alguns padrões rígidos de funcionamento.

Os vínculos afetivos visíveis são aparentemente ténues entre o casal, e existe um clima de tensão na relação mãe-filho. A relação pai-filho é do tipo funcional. Vide genograma (apêndice B).

3.4. EXAME PSIQUIÁTRICO DO ESTADO DO MENTAL

Tem como objetivo principal o estudo da situação atual do doente ao nível do seu funcionamento. A observação do doente começa assim por ser uma tarefa de análise de informações direta e indiretamente colhidas no momento da entrevista. Mas tal como refere Pio Abreu(2015,p.23) citando Jaspers(1959), “(...)como é possível entendermos a vida interior uns dos outros, na sua complexidade e subtileza (...) e também na sua patologia”. Remeto assim para a leitura do apêndice D.

3.5. PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados foi construído utilizando os diagnósticos de Enfermagem da NANDA (2012-14), as intervenções/resultados baseados nas NIC's e NOC's, tendo-se optado por usar o método de registo em formato APIA (Townsend, 2011).

Este método agrupa as seguintes áreas: a apreciação (A), onde são anotados os dados subjetivos e objetivos; o problema (P) que é uma lista de diagnósticos de enfermagem que são levantados e do resultado esperado para a resolução desse problema; a intervenção (I), onde são registadas as intervenções e atividades realizadas para a resolução do problema; e a avaliação (A), em que se registam as respostas do jovem após as intervenções para verificar a eficácia das mesmas e a presença ou ausência de progresso na resolução do problema.

O horizonte temporal deste plano de cuidados foram as dez primeiras sessões do grupo terapêutico, sendo que os registos estão afetos à 1^a, 2^a, 4^a, 8^a, 9^a e 10^a sessões, em que o jovem esteve em maior evidência.

Plano de Cuidados

Nº de sessão		<u>Notas de Progresso</u> APIA (A) apreciação inicial (P) problema (Diagnóstico de enfermagem segundo a NANDA) (I) intervenção (NIC) (A) avaliação final (NOC)	Resultado NOC
1ª		<p>(A): negou aceitar o ritual de acolhimento do grupo</p> <p>(P): Interação social prejudicada (00052)</p> <p>(I): melhorar a socialização através terapia de grupo: encorajado a participar no ritual de aceitação do grupo; encorajado a estar no grupo na forma que lhe fosse possível;</p> <p>(A): conseguiu estar na sala com os outros, respondeu ao</p> <p>s comentários tentou a integração no grupo.</p>	<p>Habilidades de interação social (1502) /indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cooperação: limitado (2) ➤ Revelação: nenhum (1) ➤ Estabilidade: moderado (3)
1ª		<p>A: evitou falar de si próprio</p> <p>P: Risco de distúrbios da identidade pessoal (00225)</p> <p>I: encorajar os membros a partilharem coisas sobre si; providenciar um mediador terapêutico; comunicar aceitação de sentimentos positivos e negativos</p> <p>A: foi respondendo aos comentários dos outros, falando no geral</p>	<p>Identidade (1202) / indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Verbaliza confiança em si mesmo: nunca demonstrado (1)

Nº de sessão		<u>Notas de Progresso</u> APIA (A) apreciação inicial (P) problema (Diagnóstico de enfermagem segundo a NANDA) (I) intervenção (NIC) (A) avaliação final (NOC)	Resultado NOC
2ª		<p>A: não falou das suas vivências da semana anterior</p> <p>P: Interação social prejudicada (00052)</p> <p>I: melhorar a socialização através terapia de grupo: encorajado a participar no símbolo gráfico do grupo</p> <p>A: participou ativamente cooperando com os restantes na atividade.</p>	<p>Habilidades de interação social (1502) / indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cooperação: substancial (4) ➤ Revelação: extensivo (5) ➤ Estabilidade: substancial (4)
2ª		<p>A: representou-se associado a ideias de morte</p> <p>P: Risco de distúrbios da identidade pessoal (00225)</p> <p>I: encorajar os membros a partilharem coisas sobre si; providenciar um jogo terapêutico; comunicar a aceitação de sentimentos positivos e negativos</p> <p>A: a sua autoimagem foi reveladora da imagem que tem de si próprio.</p>	<p>Identidade (1202) / indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Desafia imagens negativas de si mesmo: às vezes demonstrado (3)

Nº de sessão		<u>Notas de Progresso</u> APIA (A) apreciação inicial (P) problema (Diagnóstico de enfermagem segundo a NANDA) (I) intervenção (NIC) (A) avaliação final (NOC)	Resultado NOC
4ª		<p>A: recusa na participação em dois jogos</p> <p>P: Interação social prejudicada (00052)</p> <p>I: Melhoria da socialização através da terapia de grupo; providenciar um jogo terapêutico,</p> <p>A: Fez um esforço para aceder aos desafios pedidos, contudo não participou no (jogo dos espelhos).</p>	<p>Habilidades de interação social (1502) /indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cooperação: moderado (3) ➤ Revelação: substancial (4) ➤ Estabilidade: limitado (2)
4ª		<p>A: reconhece que se ri quando lhe fazem cócegas por reflexo neurológico e que não gosta da sensação</p> <p>P: Risco de distúrbios da identidade pessoal (00225)</p> <p>I: encorajar a partilha de coisas sobre si; providenciar um jogo terapêutico; comunicar a aceitação de sentimentos positivos e negativos</p> <p>A: aceitar-se como é, sem necessidade de fazer só o que esperam dele.</p>	<p>Identidade (1202) / indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reconhece conflitos intrapessoais v.s. interpessoais: nunca demonstrado (1) ➤ Exibe comportamento não verbal coerente sobre si mesmo: nunca demonstrado (1)

Nº de sessão		<u>Notas de Progresso</u> APIA (A) apreciação inicial (P) problema (Diagnóstico de enfermagem segundo a NANDA) (I) intervenção (NIC) (A) avaliação final (NOC)	Resultado NOC
4ª		A: aceita fazer uma sessão de bem-estar P: Disposição para melhora do conforto (00183) I: providenciar uma sessão de terapia por massagem simples com uma bola de <i>pilates</i> A: manifestar aceitação do bem-estar que a massagem lhe provoca:	Bem-Estar (2002) /indicador: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Satisfação com a capacidade para relaxar: a substancialmente comprometido (5)
8ª		A: participa na atividade principal da sessão P: Interação social prejudicada (00052) I: Melhoria da socialização através da terapia de grupo, providenciar um mediador, A: esteve muito atento aos movimentos dos outros e no final fez uma projeção sobre a sua experiência pessoal através de outro elemento.	Habilidades de interação social (1502) /indicador: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cooperação: substancial (4) ➤ Revelação: substancial (4) ➤ Estabilidade: substancial (4)
8ª		A: esteve sempre “dentro” do personagem do filme, como se fosse ele próprio P: Risco de distúrbios da identidade pessoal (00225)	Identidade (1202) / indicador: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Distingue o EU de outros seres humanos: nunca demonstrado (1) ➤ Estabelece limites pessoais: nunca demonstrado (1)

Nº de sessão		<u>Notas de Progresso</u> APIA (A) apreciação inicial (P) problema (Diagnóstico de enfermagem segundo a NANDA) (I) intervenção (NIC) (A) avaliação final (NOC)	Resultado NOC
		<p>I: encorajar os membros a partilharem coisas sobre si; providenciar um mediador terapêutico;</p> <p>A: esteve muito ativo projetando-se na personagem principal do filme.</p>	
9ª		<p>A: esteve escondido dentro de um cenário na maior parte da sessão.</p> <p>P: Interação social prejudicada (00052)</p> <p>I: melhorar a socialização através da terapia de grupo; providenciar um mediador terapêutico,</p> <p>A: conseguiu mobilizar forças e sair para escrever algumas frases num mural.</p>	<p>Habilidades de interação social (1502) /indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cooperação: limitado (2) ➤ Revelação: limitado (2) ➤ Estabilidade: limitado (2)
9ª		<p>A: escreveu umas frases sobre ele num mural</p> <p>P: Risco de distúrbios da identidade pessoal (00225)</p> <p>I: encorajar os membros a partilharem coisas sobre si; providenciar um mediador terapêutico;</p> <p>A: foi um movimento revelador de si mesmo, mas claramente doloroso porque de seguida escondeu-se do</p>	<p>Identidade (1202) / indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Exibe comportamento não verbal coerente sobre si mesmo: de raramente demonstrado (2) a às vezes demonstrado (3) ➤ Verbaliza afirmações de identidade pessoal: de raramente demonstrado (2) a às vezes demonstrado (3)

		olhar dos outros.	
--	--	----------------------	--

Nº de sessão		<u>Notas de Progresso</u> APIA (A) apreciação inicial (P) problema (Diagnóstico de enfermagem segundo a NANDA) (I) intervenção (NIC) (A) avaliação final (NOC)	Resultado NOC
9ª		<p>A: no início da sessão verbalizou dor abdominal e pediu para ir aos sanitários.</p> <p>P: Dor aguda (00132)</p> <p>I: apoio por um coterapeuta de forma individual, observar linguagem não verbal, apoiar na busca de uma posição confortável</p> <p>A: apesar da dor persistente, mantém-se presente em toda a sessão, embora de forma mais “encoberta”, demonstra que gere o desconforto da dor.</p>	<p>Nível da dor (2102)</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dor relatada: de substancial (2) a nenhum (5) ➤ Frequência da dor: de substancial (2) a nenhum (5) ➤ Posições protetoras do corpo: de substancial (2) a leve (4)
10ª		<p>A: esteve presente em todos os momentos desta sessão</p> <p>P: Interação social prejudicada (00052)</p> <p>I: melhorar a socialização através da terapia de grupo; providenciar um mediador terapêutico,</p> <p>A: embora tenha sido a fonte dos momentos de tensão no grupo, manteve-se dentro da sala e os outros ajudaram-no a conter-se.</p>	<p>Habilidades de interação social (1502) /indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cooperação de nenhum (1) a limitado (2) ➤ Revelação de nenhum (1) substancial (4) ➤ Estabilidade de nenhum (1) a limitado (2)

Nº de sessão		<u>Notas de Progresso</u> APIA (A) apreciação inicial (P) problema (Diagnóstico de enfermagem segundo a NANDA) (I) intervenção (NIC) (A) avaliação final (NOC)	Resultado NOC
10ª		<p>A: na sessão disparou boladas para todos os lados e tentou uma luta corpo a corpo com outro elemento que não respondeu fisicamente e então simulou querer asfixiá-lo.</p> <p>P: Controle de impulsos ineficaz (00222)</p> <p>I: ignorar o comportamento inadequado; evitar pressionar o jovem, aumentar a atividade física de forma apropriada, redirecionar a atenção para longe da fonte de agitação</p> <p>A: não conseguiu fazer o jogo coletivo de bola, saiu, mas no final voltou a entrar.</p>	<p>Controle da Impulsividade (1405) / indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifica comportamentos que levam a ações impulsivas: raramente demonstrado (2) ➤ Identifica consequências de ações impulsivas: raramente demonstrado (2)
10ª		<p>A: teve um episódio de mania persecutória durante os comentários, com um professor que acusa de ser a causa das más notas, deprecia ostensivamente todas as outras escolas</p> <p>P: Risco de distúrbios da identidade pessoal (00225)</p>	<p>Identidade (1202) / indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Distingue o EU do ambiente: nunca demonstrado (1)

Nº de sessão		<u>Notas de Progresso</u> APIA (A) apreciação inicial (P) problema (Diagnóstico de enfermagem segundo a NANDA) (I) intervenção (NIC) (A) avaliação final (NOC)	Resultado NOC
		I: encorajar os membros a partilharem coisas sobre si; providenciar um mediador terapêutico; comunicar aceitação de sentimentos positivos e negativos A: continua no final sem dar sinais de reconhecer a sua identidade pessoal	

4. DISCUSSÃO

A família é um espaço de transmissão de vínculos, de identificações e representações que podem ser comprometidas por conteúdos não elaborados ou por histórias geracionais de doença que muitas vezes se materializam nas somatizações.

A sua história pessoal logo no período da gestação e gravidez é marcada pelos problemas de saúde. A primeira menção é um atraso no desenvolvimento uterino aos 7 meses. Desde o 2º mês de vida até aos 5 anos, tem quadros de vômito, de causas nunca esclarecidas. Como se projetasse “algo” para fora de si. Aos 5 anos é seguido em seis especialidades médicas diferentes.

Segundo (Carneiro, Lisboa e Magalhães, 2011, p.110) “(...) a somatização pode compreender um caminho encontrado pelos sujeitos para representar as repetições de histórias parentais ou ancestrais, cujos recursos psíquicos se mostraram frágeis.”

O adoecimento pode assim ser a forma estruturante das relações entre os membros. Este jovem tem no seu passado familiar um tio com esquizofrenia que se suicidou. As histórias que os diferentes médicos e terapeutas de saúde, contavam a seu respeito sempre continha esta menção, o que prova como este facto está plasmado na sua história pessoal e que desde criança a carrega um fantasma do passado familiar.

Nas sessões do grupo terapêutico vinha quase sempre acompanhado pelo seu pai, mas quando a mãe estava na sala de espera, o jovem ficava mais agitado.

O jovem raramente falou dos seus conflitos internos, mas as suas atitudes e comportamentos revelavam, uma grande impetuosidade no agir, muitas vezes sem causa externa. Na 8ª sessão projeta-se no personagem principal do filme “que elimina zombies” e que, em si é uma fantasia destrutiva.

Como diz (Sá, 2009, p.105) “sempre que o sofrimento é exuberante desencadeia barreiras de defesas”. Na 9ª sessão “dispara bolas sobre tudo e todos” o agir faz-se por impulso e contem uma raiva quase destrutiva.

Também (Sá, 2009) fala dos componentes psicossomáticos da patologia narcísica, que resultam da “contenção agressiva” e que se podem manifestar no aparelho digestivo. Na 9ª sessão queixa-se de uma intensa dor abdominal, esta dor tem sido recorrente desde muito criança e nunca associada a nenhuma causa orgânica, embora os pais e em especial a mãe continuem a considerá-la como tal.

Como se pode verificar nos registos do Plano de Cuidados, aparentemente não há resultados evidentes neste caso, como em tantos outros, o tempo psíquico e o tempo real não se sobrepõem, e o tempo da observação foi muito curto.

Desde há longo tempo que este jovem frequenta os grupos terapêuticos do Hospital de Dia e está a conseguir fazer o seu percurso escolar e a cumprir as tarefas da adolescência. Não é possível saber como seria, se não tivesse beneficiado deste apoio psicoterapêutico e socio terapêutico contínuo, mas de fato em algumas sessões emergiu o seu lado mais saudável de forma espontânea na 2ª, 3ª, 7ª sessões.

Segundo (Gottlieb, 2016) os profissionais de saúde ficam muitas vezes tão focados nos problemas (...) que podem não ver o que está a funcionar bem na pessoa. Mas quando se está a fomentar uma nova capacidade, está-se a desenvolver as forças pessoais. O grupo terapêutico, tal como referem (Vinogradof & Yalom, 2016), tem uma função reparadora e serve de aprendizagem interpessoal e de representação do grupo primário familiar.

CONCLUSÃO

Este estudo de caso permitiu um aprofundamento de conhecimentos a propósito de um jovem que participou nos grupos terapêuticos, aonde desenvolvi grande parte do estágio curricular.

O desafio foi grande, uma vez que se tratava possivelmente da pessoa que mais exigia dos terapeutas fosse em termos pessoais ou profissionais. A análise sistematizada da sua história pessoal e familiar bem como das diferentes intervenções de que foi objeto, permitiram à luz da evidência científica obter uma leitura do caso.

Em termos das competências enquanto EESMP permitiu desenvolver as seguintes competências :

-F2.2 “Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família” (DR nº35 p. 8671);

-F3.4 “Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados” (DR nº35 p. 8672);

-F4.2: “Desenvolve processos psicoterapêuticos e socio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação” (DR nº35 p. 8673);

A dificuldade de diagnóstico clínico e a inconstância dos resultados obtidos espelham a complexidade do caso, mas constituíram por isso um grande incentivo para a sua realização.

A principal conclusão é que as dificuldades deste jovem, quer a nível interpessoal quer a nível intrapessoal, estão espelhadas na forma do seu agir e nos *acting out* que exhibia. Mas o grupo terapêutico ajudou o jovem a ter vivências num ambiente muito cuidador que lhe permitiu interagir com o outro

(fossem os pares fossem os terapeutas) e a explorar os seus problemas de forma a reenquadrar comportamentos e a poder modificá-los nas situações reais.

O ano escolar em que se encontrava o 9ºano é propenso a que surjam conflitos e tensões, dado que é o final de um ciclo, que tem exames finais e onde se escolhe a área de estudos que futuramente condiciona a escolha da profissão. Em momentos de menor pressão “externa” sempre aparecia um jovem saudável, o que nos permitiu manter algumas esperanças para o seu futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Pio Abreu, J.L.(2015). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

American Psychiatric Association (2013) *DSM-5™ Manual de diagnósticos e estatística das perturbações mentais*. 5ª ed. Lisboa: Climepsi (traduzido do original inglês DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 2013, 5th ed. Arlington: American psychiatric publishing).

Baker R.W., Trzepacz P.T. (2001). *Exame Psiquiátrico do Estado Mental*. Lisboa: Climepsi.

Carneiro, T.F., Lisboa, A.V., Magalhães, A.S. (2011). Transmissão Psíquica Geracional Familiar no Adoecimento Somático. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*; Rio de Janeiro, 63 (2): 1-121. Acedido em 5.10.2017.

Disponível

em:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000200011&lng=en&tlng=en#?

De Winnicott a Winnicott1. Algumas notas sobre defesa maníaca, retraimento, regressão e interpretações em *Explorações Psicanalíticas* de D. W. Winnicott Vincenzo Bonaminio, Série 2, vol. 2, nº 2, ano 2007 Acedido em 10.05.2017.

Disponível

em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2007000200001&lng=en&tlng=en#?

Sampaio D. (2014). *Adolescência e Psiquiatria-Algumas Reflexões*. In Figueira M.L., Sampaio D. e Afonso P. Manual de Psiquiatria Clínica. Lisboa: Lidel.

Figueiredo, M. (2012) *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.

Gieteling, M.J. & Lisman-van Leeuwen, Y & Passchier J., & Koes B. & Berger (2012). The course of mental health problems in children presenting with abdominal pain in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 30: 114–120. Acedido em 18.05.2017.

Disponível em:

<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=71ab099a-1abb-40a8-8299-585c25272f6b%40sessionmgr4008>

Gottlieb, L.N.(2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças*.Loures: Lusodidata.

Nanda International (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC), Nursing Interventions Classification (NIC). Acedido em 24.05.2017. Disponível online em: <http://www.nnnconsult.com>

Moreira L., Guedes R.e Monteiro P. (2010). *O Corpo e a Saúde Mental. Nascer e Crescer Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*. VOL XIX, nº1.

Wright, L. & Leahey, M. (2010). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*; (5ª edição). São Paulo: Editora Roca.

Regulamento n.º 129/2011 Diário da República, 2.ª série. N.º 35. 18 de fevereiro de 2011 p. 8668-8673.

Sá E. (2009). *Esboço Para Uma Nova Psicanálise*. Coimbra: Almedina.

Santiago, J.L. & Bellochel A. (2012). *Laberinto de la somatización: se buscan salidas. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 17, N.º 2, pp. 151-172. Acedido em 10.01. 2017. Disponível em:

<http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=85245024&S=R&D=a9h&EbscoContent=dGJyMNHX8kSep684y9fwOLCmr0%2Bep7JSs624SrGWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkiuqLdluePfgexy43zx>

Townsend, M.C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de cuidados na prática baseada na evidência*. (6ª edição), Loures: Lusociência.

Vinogradov, S. & Yalom, I. D. (2016). *Guia Breve de Psicoterapia de Grupo*.10ª Ed. Barcelona: Paidós.

APÊNDICES DO ESTUDO DE CASO

Apêndice A: Linha de Vida de Medalie

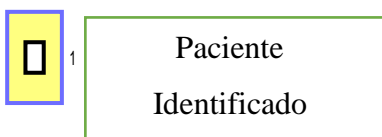
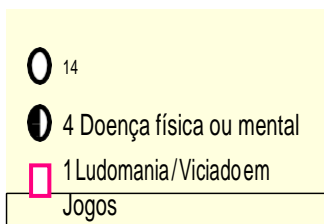
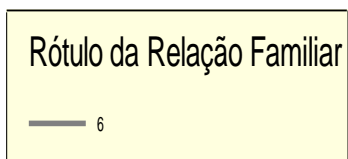
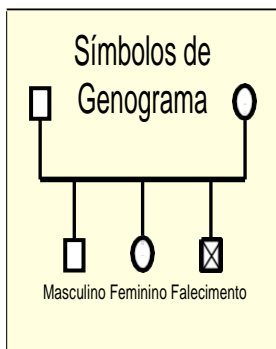
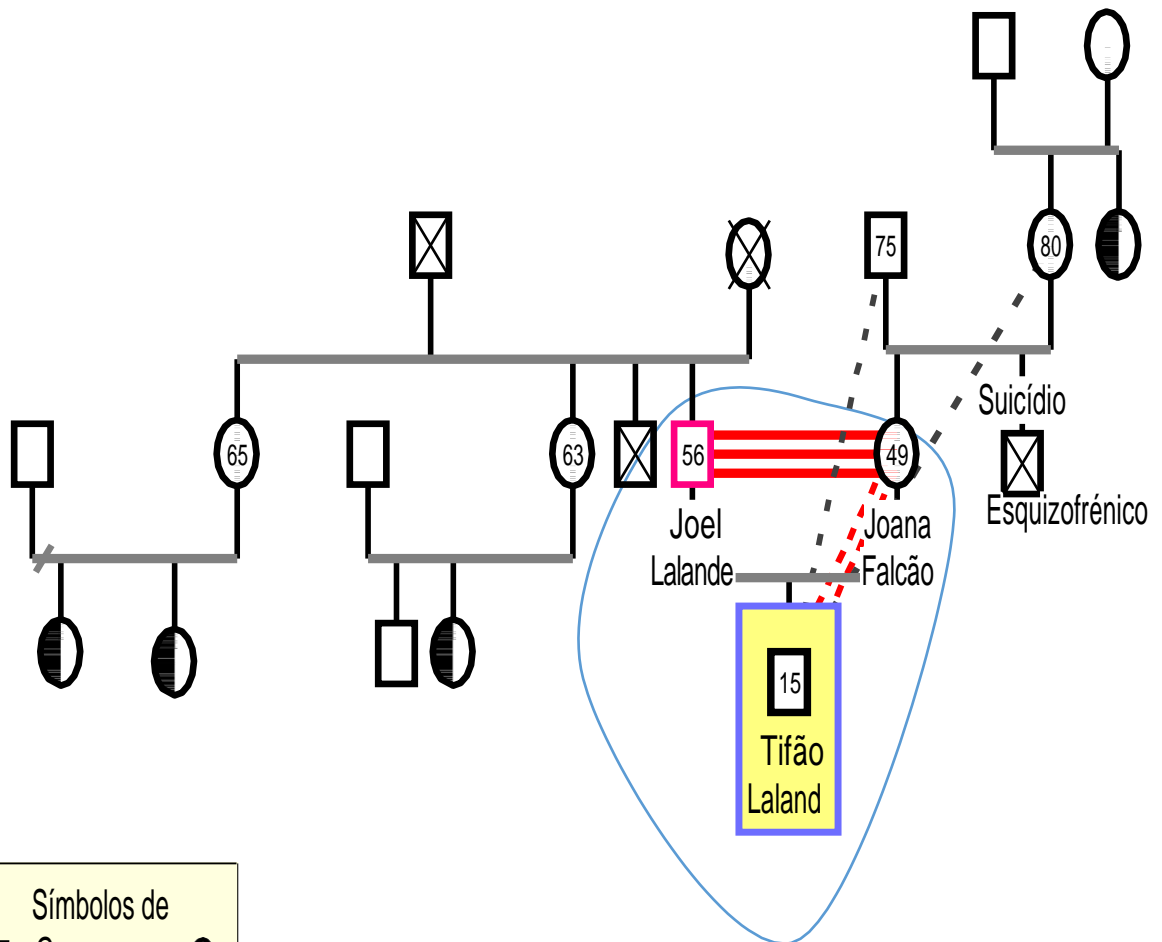
Linha de Vida de Medalie

Fase/Etapas	Datas	Sintomas/Fatos
7º mês intrauterino	Abril de 2002	Atraso global de desenvolvimento
Nascimento	Junho de 2002	Hemiparesia de braço e perna esquerda de causa desconhecida
2º mês de vida	Julho de 2002	Início quadro de vômitos: refluxo esofágico?
1 ano	2003	Não gosta de tomar banho e de mudar fraldas
2 anos	2004	Vômitos repetidos, intolerância à lactose?
Aos 4 anos e 9 meses	2007	Seguido nas seguintes consultas: Oftalmologia: astigmatismo ORL: cirurgia anterior aos adenoides Alergologia: Infecções respiratórias de repetição e eczema atópico Gastro: vômitos repetidos e intolerância latose, dor abdominal difusa Neurologia: Terrors noturnos Metabólicas: Seguimento de controlo
5 anos	2007	Alta da consulta de desenvolvimento: cognição normal; seletividade de alimentos; desajeitamento motor; descrito como comportamento <i>asperger-like</i>
5 anos	2007	Tem rituais para dormir que duram 1 hora Fobia a comer fora de casa
6 anos	Maio de 2008	Início de consultas de pedopsiquiatria por comportamento diferente de outras crianças; dificuldades com os pares, ecolalia, por vezes violento sem motivo

8 anos	2010		Integra atividades terapêuticas no Hospital de dia.
9 anos	2012		Mantem dor abdominal frequente e sem horário
10 -14 anos	2012-2017		Mantem dor abdominal frequente e sem horário
14 anos	Novembro 2016	de	Mãe descreve-o com comportamento apático na escola, desorganizado, letra impossível de se ler, faz comentários depreciativos sobre os colegas
14 anos	Dezembro 2016	de	Avaliação psicológica: sugere potencial intelectual médio; grafomotora baixo; dificuldade na gestão de afetos negativos; evita dimensões relacionais; agressividade
14 anos	Janeiro de 2017		Integração de novo grupo terapêutico no hospital de dia

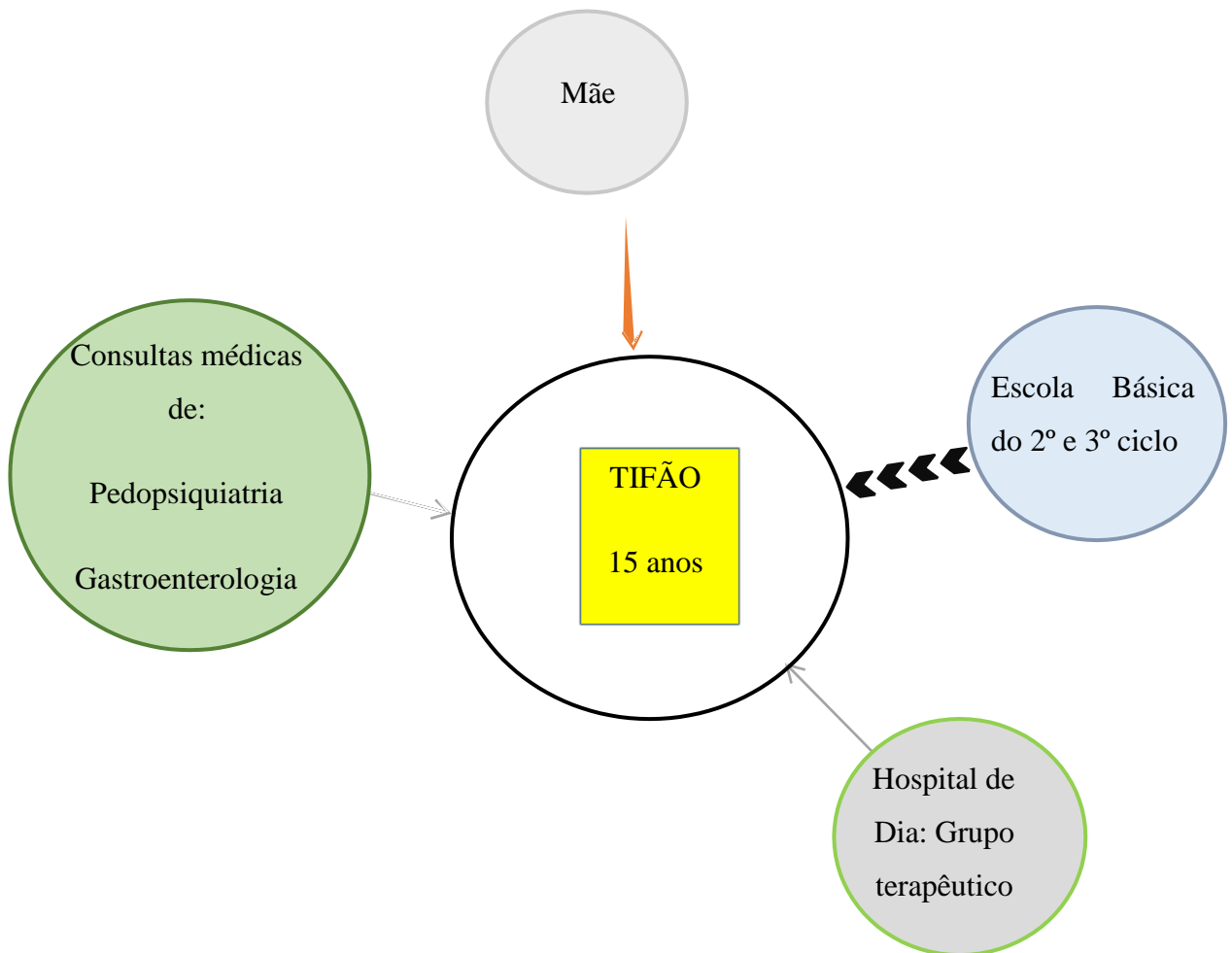
Apêndice B: Genograma

Genograma



Apêndice C: Ecomapa

Ecomapa



Legenda:

- Sentido da energia
- Relação desconhecida
- Boa Relação
- Má Relação
- ⚡ Distanciamento

Apêndice D: Exame Psiquiátrico do Estado Mental

Exame Psiquiátrico do Estado Mental

A. Avaliação geral da pessoa

Aparência: apresenta vestuário adequado à idade, com cores, cuidado e limpo, usa óculos, bom desenvolvimento estato ponderal para a idade, aparentando a idade de 14 anos, visível uma sudação intensa na pele e apresenta-se com a cabeça baixa “entre as mãos”.

Posturas e atitudes na situação do exame: a atitude habitual é desconfiada, tem uma expressão facial de enfado e não estabelece contato ocular.

B. Exame das funções mentais

Funções mentais	Características e funções mentais a serem avaliadas
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	Reconhece a realidade externa e reage aos estímulos. - Vígil: Apresenta abertura ocular espontânea, estado alerta e responsivo.
ESTADO COGNITIVO:	ORIENTAÇÃO: - Orientação Auto psíquica: reconhece os seus familiares e pessoas de contato. - Orientação alo psíquica: orientado no tempo e espaço.
	ATENÇÃO: - Vigilância: está sempre hipervigilante. - Tenacidade: tem tendência a saltar entre pensamentos. - Concentração dificuldade em manter-se focado nas atividades sugeridas
	MEMÓRIA - Memória imediata/recente: lembra-se dos conteúdos da conversa. -- Memória remota: relembra algumas memórias de infância.
	INTELIGÊNCIA - Capacidade de fazer contas: responde aos pedidos de forma adequada. - Dificuldades em estudar: demonstra desinteresse - Capacidade de abstração: demonstra capacidade de formular ideias e de as relacionar - Juízo crítico: não cria distanciamento entre o seu mundo interno e a realidade e tende a confundi-las.

Funções mentais	Características e funções mentais a serem avaliadas
<p style="text-align: center;">PENSAMENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - FORMA DA LINGUAGEM: <ul style="list-style-type: none"> - Coerência: constrói as frases com a sintaxe correta. - Logicidade: nem sempre presente. - Circunstancialidade: às vezes entra em detalhes secundários, mas consegue chegar ao que é pedido. - Tem muitas fugas de ideias. - FLUXO: tem um fluxo de ideias acelerado. - CONTEÚDO: <ul style="list-style-type: none"> - Preocupações; relacionadas com a escola - Obsessões; demonstra algumas em relação aos pares e professores - Ideação suicida ou homicida; não manifesta
<p style="text-align: center;">LINGUAGEM</p>	<p>Quantidade: muito verborreico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Velocidade: rápida - Qualidade: conteúdo elaborado, por vezes ocorre ecolalia, - Volume: alto
<p style="text-align: center;">SENSOPERCEPÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ilusões: não manifesta. - Alucinações: não ocorrem. - Despersonalização: não se manifesta. - Desrealização: não se manifesta
<p style="text-align: center;">HUMOR / AFETO</p>	<p>HUMOR: depressivo</p> <ul style="list-style-type: none"> - AFETO: <ul style="list-style-type: none"> - Qualidade do afeto: tristeza visível no rosto e no tom de VOZ - Modulação do afeto: risos por vezes imotivados - Tonalidade afetiva: disfórico
<p style="text-align: center;">PSICOMOTRICIDADE</p>	<p>Velocidade E intensidade movimentos muito enérgicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agitação motora - Tiques oculares

Apêndice III: Caracterização dos participantes do grupo terapêutico

1	TERPSÍCORE ou TERPSÍCORE (em grego antigo: <i>Τερψιχόρη</i> , transl.: <i>Terpsikhórhê</i>)	"A que se deleita na dança"
2	TIFÃO , Tufão, Τίφον ou Tifeu (em grego antigo: Τυφωεύς, Τυφών, Τυφάων, Τυφώς, TRANSL. <i>Typhôeus, Typhôn, Typhaôn</i> ,	É um gigante da mitologia a quem imputavam os gregos a paternidade dos ventos ferozes e violentos
3	MEDUSA (em grego: Μέδουσα, <i>Médousa</i> , "guardiã", "protetora"),	Na mitologia grega, era um monstro ctônico do gênero feminino. Em 1940, a obra <i>Das Medusenhaupt (A Cabeça da MEDUSA)</i> , de Sigmund Freud, foi publicada postumamente. Este artigo preparou o terreno para a construção de um significativo corpo de críticas envolvendo o monstro mitológico. A MEDUSA é apresentada como "o supremo talismã, que fornece a imagem da castração - associada na mente da criança à descoberta da sexualidade maternal - e sua negação."
4	NEREU (em grego: Νηρεύς, TRANSLITERAÇÃO <i>Nêreús</i> , ΔΕ Νέειν, <i>néein</i> , "NADAR"),	Na mitologia grega, é um deus marinho primitivo, representado como um personagem idoso – o velho do mar.
5	HIPNOS ou Hypnos (em grego: Ὕπνος, transl.: <i>Hypnos</i> , lit. "sono"),	É o deus do sono na mitologia grega. Personificação do sono, e da sonolência; mas não do cansaço no que diz respeito à fadiga.

Retirado de https://pt.wikipedia.org/wiki/Categoria:Deuses_da_Grécia

TERPSÍCORE:

Género feminino

Idade: 14 anos.

Vive numa cidade da periferia de Lisboa.

Frequenta o 7º ano numa escola pública. Pertence a um grupo de dança contemporânea.

Vive com a mãe e uma meia irmã mais velha que estuda num curso superior de artes.

Os pais estão separados desde os seus 7 anos.

O pai tem antecedentes depressivos.

Nas avaliações psicológicas descreve sentimentos de desvalorização, isolamento dos pares, existência de medos e rigidez corporal em bloco.

Os pais descrevem-na como: perfeccionista, teimosa, independente.

Projeto terapêutico:

Integrar um grupo terapêutico;

Estabilizar o humor;

Trabalhar a relação com os pares;

Trabalhar a autonomia em relação à família.

NEREU

Género masculino.

Idade:17 anos.

Vive numa localidade na zona da Grande Lisboa.

Frequenta o 2º ano de um curso profissional (equiv. ao 11º ano) na área da mecânica naval.

Vive com a mãe e uma irmã mais nova.

Os pais estão divorciados.

O pai vive em França.

As avaliações psicológicas descrevem-no com alguma depressividade, retirando pouco prazer de tudo o que faz.

Projeto terapêutico

Psicoterapia individual;

Integrar grupo terapêutico.

MEDUSA

Género feminino

Idade:16 anos.

Vive em Lisboa.

Frequenta o 10º ano numa escola pública, na área das artes visuais. No ano anterior frequentou sem sucesso a área de ciências, noutra escola secundária.

Não tem irmãos.

Vive com a avó materna. Passa alguns fins de semana com uma tia, na margem sul de Lisboa.

Os pais estão emigrados na Suíça. O pai desde agosto de 2016 e a mãe desde janeiro de 2017.

Nas avaliações psicológicas sobressai uma capacidade intelectual de nível superior.

Como se descreve?

Medrosa, não gosta de espaços fechados barulhentos. Tímida, diferente. Sente-se não aceite pelos pares. Privilegia atividades individuais. Gosta de desenhar.

Projeto Terapêutico

Integrar grupo terapêutico (desde outubro de 2015)

Trabalhar a relação com os pares

Trabalhar a autonomia em relação à família.

HIPNOS:

Género masculino.

Idade:14 anos.

Vive numa cidade da Grande Lisboa.

Frequenta o 9º ano numa escola pública.

Tem uma irmã mais nova.

Vive com o pai, a mãe e uma irmã.

Nas avaliações psicológicas aparece com sentimentos de culpa, depressivos. Sensação de desamparo, sentimentos de não pertença, e em 2015 teve uma ideação suicida. Sobressaem boas competências gráficas.

Tem uma autoimagem muito negativa e por vezes tenta parecer “palhacinho”. Com os adultos é muito afetivo e educado.

Projeto terapêutico

Integrar grupo terapêutico (desde outubro de 2015);

Trabalhar a relação com os pares;

Trabalhar a autonomia em relação à família.

TIFÃO

Género masculino.

Idade: tem 15 anos.

Vive em Lisboa.

Frequenta o 9º ano numa escola pública.

Não tem irmãos.

Vive com o pai e a mãe.

Em termos da avaliação psicológica sobressai um potencial intelectual médio, uma capacidade grafo-motora baixa; dificuldade na gestão de afetos negativos; evita dimensões relacionais e apresenta alguma agressividade.

Proposta de projeto terapêutico

Integrar grupo terapêutico (desde 2010);

Trabalhar a relação com os pares;

Trabalhar a autonomia, em relação à família.

Apêndice IV: Registos escritos e grelhas de observação direta das sessões de grupo terapêutico

1ª sessão de grupo terapêutico

O Grupo: Terapeuta R, Coterapeuta D, Coterapeuta A. MEDUSA, TERPSÍCORE, HIPNOS, TIFÃO.

Estrutura da sessão:

O início:

Ritual de aceitação de novos membros: **Jogo verbal com regras**

Aquecimento:

Comentários sobre a semana

Dramatização:

Em relação dual os jovens e terapeutas, falam de desejos para 2017

Um parto coletivo: **Jogo simbólico motor**

Senti-me como uma criança a quem finalmente deixam abrir a tão esperada prenda.

É um misto de emoções que resulta do balanço entre as minhas expectativas e o que se apresenta perante mim.

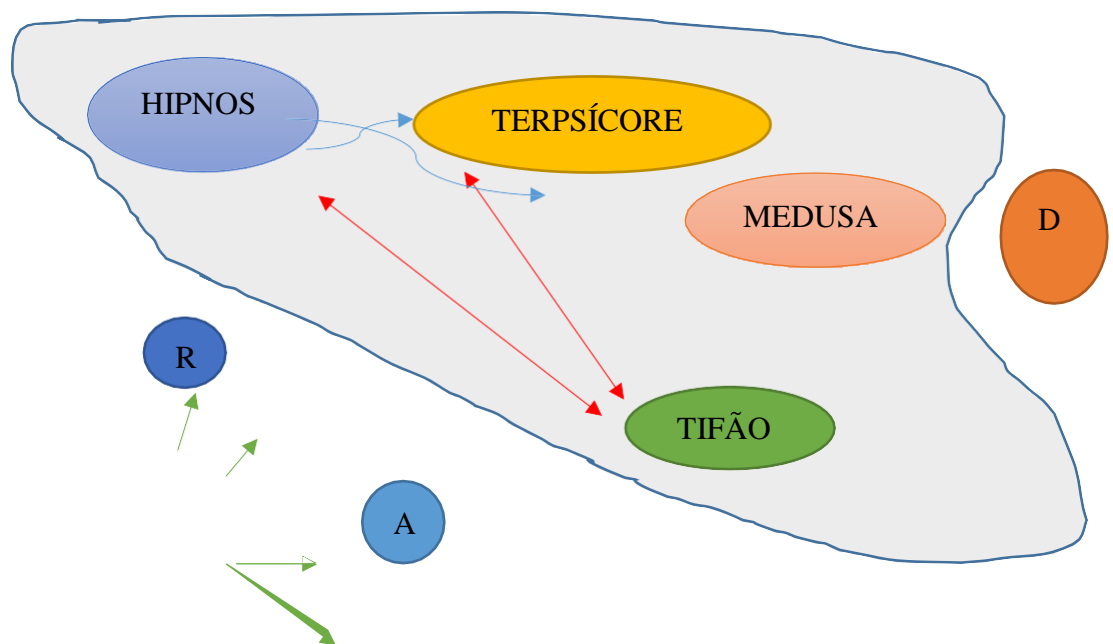
No grupo senti-me umas vezes como membro e outras vezes como observadora, intervindo em diferentes cenários.

O início:

A aceitação pelo grupo: erámos 2 novos: eu e o TIFÃO. Enquanto estávamos na rua sozinhos a crescer de tensão, eu a tentar a estar com ele, mas também a controlar a minha tensão. O TIFÃO entrou primeiro e rejeitou o jogo da aceitação pelo grupo. Cá fora, já tinha tomado essa decisão. Quando entrei o J. estava a fingir que meditava, e eu consegui à segunda tentativa entrar. *“final foi fácil, também o meu medo da rejeição veio quando se começa com quem não se conhece” SIC.*

Aquecimento:

A forma como os jovens sentados estavam interagindo (só) entre eles, é bem visível:



Legenda: (R) terapeuta (D) coterapeuta; (A) coterapeuta, apenas R está a conseguir chegar ao grupo, nesta fase senti-me invisível enquanto os jovens permanecem num intenso entrecruzar de interações, parece que estão a medir forças. A vermelho as relações tensas e a azul as relações de proteção e a verde as de estímulo à interação entre os diferentes membros do grupo.

Enquanto esta cena decorria, vieram-me à memória lembranças da minha adolescência e das as inibições em chegar ao outro, às vezes, algumas pessoas parecem-nos muros quase intransponíveis. Também me fizeram lembrar os meus filhos afinal eles também já tiveram as idades destes jovens que apenas me parecem exacerbar mais alguns aspetos, senti vontade de tocar a jovem que manifestava uma total rejeição pelo contacto físico. Já tinha sentido isso quando fui apresentada e eles não fizeram nenhum movimento para um beijo, ao que eu reagi de igual forma não os beijando (porquê? sinto que seria intrusivo?).

Dramatização:

a.

Em grupos de dois, falou-se de desejos para 2017. Fiquei com a MEDUSA, e nesta fase fiquei inteiramente centrada nela. Senti-me “sugada” pela jovem que falou, muito e rápido, das suas preocupações imediatas: concluir o 10º ano, a separação dos seus animais de estimação, a ida da mãe para a Suíça já em finais de janeiro.

No final tentei dizer algo como, também estou em mudança em 2017, sou aluna, estou a aprender. Talvez uma colagem de histórias pessoais.

b.

O parto sim, foi bonito uma catarse de emoções. Sempre a eterna situação de se poder renascer, mesmo sendo difícil com alguém a travar-nos, mas, ao mesmo tempo, a dar-nos força. Foi um momento feliz.

No final o grupo parecia que estava a redesenhar-se.

Grelha de Observação

Sessão nº: 1		Local: Hospital de dia	Material: almofadas, colchões, tapetes, panos
Terapeutas: R Coterapeuta: D Coterapeuta: A	Hora: 17h30 Duração: 90 min.	Espaço: sala ampla	

Indicador de Forças 1	Pontuação itens				
Habilidades de Participação no Jogo: <u>Definição: Uso de atividades conforme as necessidades de alegria, entretenimento e desenvolvimento por parte das crianças.</u>	1 nunca adequado 2 levemente adequado 3 moderadamente adequado 4 substancialmente adequado 5 completamente adequado a)ausente				
Elementos	T	Ti	H	M	N
Grau de participação no jogo	4	1	4	5	a
Uso de habilidades sociais durante o jogo	4	1	4	5	a
Expressão de emoções durante o jogo	3	1	3	4	a
Uso desempenho de papéis	4	1	5	5	a
Uso da imaginação durante o jogo	4	1	4	5	a
Pontuação total	19	5	20	24	a
Indicador de Forças 2	Pontuação itens				
Habilidades de Interação social: <u>Definição: o uso que o individuo faz de comportamentos eficazes de interação.</u>	1 nenhum 2 limitado 3 moderado 4 substancial 5 extensivo a)ausente				
Elementos	T	Ti	H	M	N
Revelação	3	1	3	5	a
Recetividade	5	1	4	4	a
Cooperação	5	2	5	5	a
Estabilidade	5	3	5	4	a
Positividade	4	1	3	2	a
Pontuação total	22	8	20	20	a

2ª sessão de grupo terapêutico

O Grupo: Terapeuta R, Coterapeuta A, TERPSICORE, MEDUSA, HIPNOS, TIFÃO.

Estrutura da sessão:

Aquecimento inespecífico:

Partilha de comentários sobre a semana

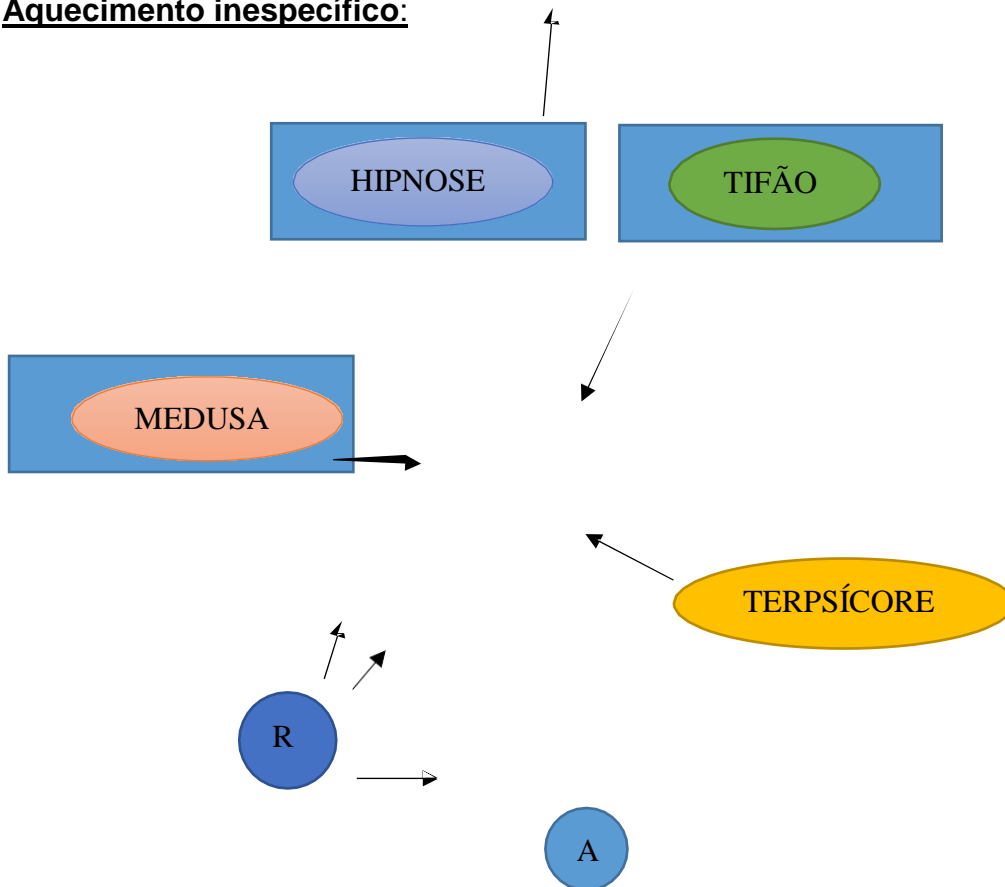
Aquecimento específico:

O diário gráfico da MEDUSA

Dramatização:

Construção de um símbolo gráfico do grupo: **Jogo simbólico motor**

Aquecimento inespecífico:



Legenda: (R) terapeuta; (A) coterapeuta A, (T); (TERPSÍCORE); (MEDUSA); (TIFÃO) jovens do grupo, as setas pretas representam a direção para onde falavam.

O desafio inicial foi falarem da semana. A primeira a falar foi a MEDUSA. Os temas andaram à volta da partida da mãe para a Suíça. Não pude deixar de sentir uma transferência com uma jovem que parecia querer manter-se forte exteriormente, apesar de pensar no “corte” com uma figura materna frágil, viciada em tabaco, descreve-a assim: “fuma que nem uma chaminé”. Fiquei a pensar sobre o que me pareceu ser a aparente facilidade com que se quebravam as ligações nesta família, a mãe vai viver com o pai na Suíça, os animais de estimação, o cão “neurótico” (*expressão da minha autoria*) e a gata

“que não gosta de mim” (expressão da MEDUSA) que iam ser entregues a famílias de acolhimento, a jovem vai para a casa da avó.

(HIPNOS): falou para o teto da sala, sem nunca olhar para o grupo. Falou de não ir para artes, mas talvez de poder seguir algo ligado às tecnologias, falou do seu atual desinteresse pela escola, das faltas e de que os pais não sabem de nada.

(TERPSICORE): praticamente não disse nada.

(TIFÃO): “*a semana correu bem*”, frase que impede o acesso dos outros à sua experiência. Sinto que ainda não confia no grupo e ainda está a ser aceite, em processo lento. Não pude deixar de pensar que estamos os dois numa situação idêntica.

Tive a impressão de que uma parte do grupo se “reergueu” rapidamente porque já se conheciam (HIPNOS, MEDUSA, TERPSICORE).

Surpreendente a facilidade com que falam de si e das suas angústias. O movimento de exteriorização é tão intenso, que poderá estar relacionado com a confiança cimentada no grupo e algum sofrimento “*que transborda*”.

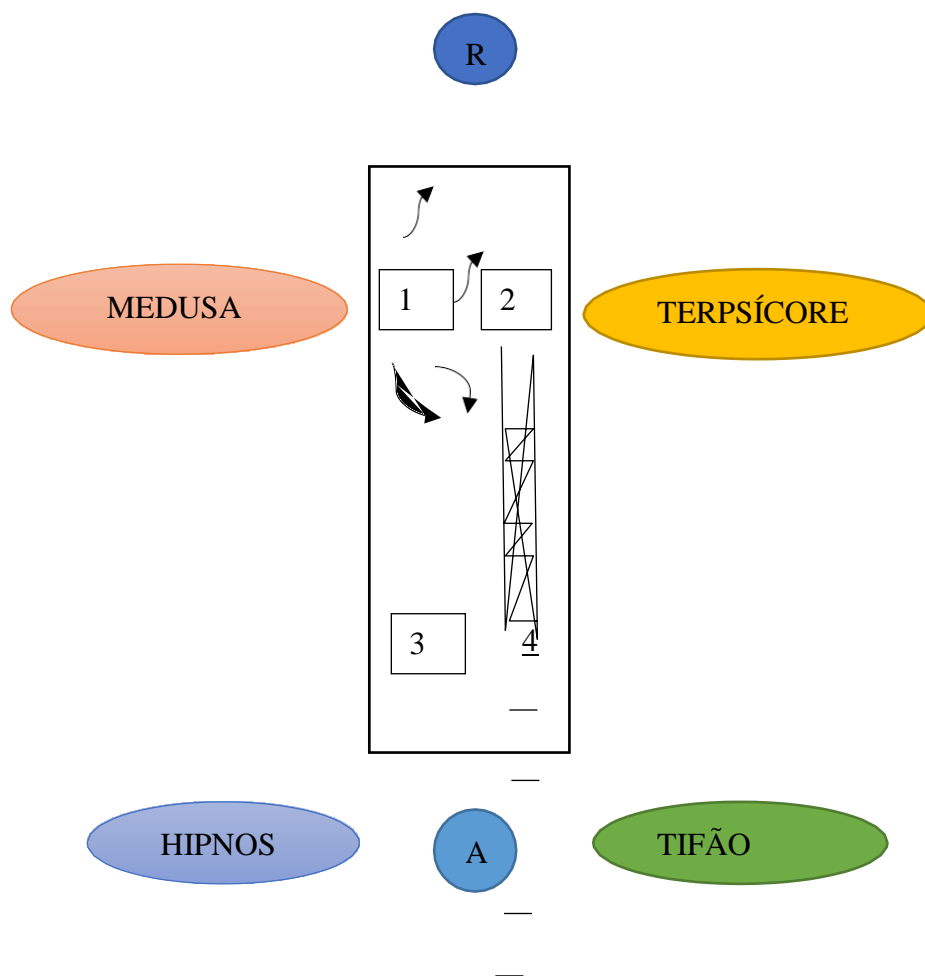
Não pude deixar de fazer um paralelismo com o meu percurso também como membro de um outro grupo vivencial psicoterapêutico com diversos membros, com mais de um ano de trabalho terapêutico conjunto, em que o “deixar cair a máscara” é bem mais difícil.

Aquecimento específico:

Foi um momento importante para a MEDUSA. Mostrou algo de tão pessoal, mas que expressava tanto dela própria. Houve três, em que me fixei: um corpo apertado num corpete com atilhos; uma pessoa que expressa preocupação (são umas mãos que apertam uma nuca) e um lago. Este último foi feito nos dias 24 e 25 de dezembro de 2016. Refere “*estava na Aroeira, a passar o Natal na casa de uma tia e com uma crise de asma, então procurei um espaço aberto e fui até este lago que desenhei*” “SIC (desenho está em espelho).

Dramatização:

Construção do símbolo gráfico do grupo, para decorar a sala em papel cenário



Legenda:

1

Um coração que estava com atilhos e que depois foram cortados, tem um pormenor; a tesoura. O coração solta emoções "*positivas*", expressão da própria.

2

Uma pessoa com a cabeça preenchida integralmente com riscos num grande emaranhado.

3

Uma máscara com olhos e boca e uma segunda figura só com cabeça e pernas, esta segunda é muito mais pequena.

4

Uma cabeça de um homem com face e crânio cortado ao meio de forma a ver-se o cérebro. Ao lado tem um raio e uma cara com lágrimas de sangue com a escrita "*Dead/Dead/Dead.*"

Na hora de ligar os símbolos (TERPSÍCORE), fez uma linha de comboio a ligar o seu símbolo a (TIFÃO). E a (MEDUSA) emite emoções positivas através das linhas ondulantes para os outros.

No final senti que alguns até podiam ter só desenhado um traço, mas que o mais importante é o significado que lhe atribuem. E que existem naqueles desenhos várias linhas de força: expressão dos desejos de chegar aos outros, a libertação de algumas amarras, o luto de qualquer coisa, o homem só cabeça e pensamento.

Ah! e a confrontação do que representamos connosco, como se fosse um espelho "especial".

Grelha de Observação

Sessão nº: 2		Local: Hospital de dia	Material: almofadas, colchões, tapetes, papel de cenário, marcadores			
Terapeutas: R	Hora: 17h30 Duração: 90 min.	Espaço: sala ampla				
Coterapeuta: D						
Coterapeuta: A						
Indicador de Forças 1		Pontuação itens				
Habilidades de Participação no Jogo: <u>Definição: Uso de atividades conforme as necessidades de alegria, entretenimento e desenvolvimento por parte das crianças.</u>		1 nunca adequado 2 levemente adequado 3 moderadamente adequado 4 substancialmente adequado 5 completamente adequado a)ausente				
Elementos		T	Ti	H	M	a
Grau de participação no jogo		5	5	5	5	a
Uso de habilidades sociais durante o jogo		5	5	5	5	a
Expressão de emoções durante o jogo		5	5	5	5	a
Uso desempenho de papeis		4	5	5	5	a
Uso da imaginação durante o jogo		2	5	5	5	a
Pontuação total		21	25	25	25	a
Indicador de Forças 2		Pontuação itens				
Habilidades de Interação social: <u>Definição: o uso que o individuo faz de comportamentos eficazes de interação.</u>		1 nenhum 2 limitado 3 moderado 4 substancial 5 extensivo a)ausente				
Elementos		T	Ti	H	M	a
Revelação		5	5	5	5	a
Recetividade		4	4	4	5	a
Cooperação		3	4	4	5	a
Estabilidade		4	4	4	5	a
Positividade		2	2	2	2	a
Pontuação total		18	19	19	22	a

3ª sessão de grupo terapêutico

O Grupo: Terapeuta R, Coterapeuta D, Coterapeuta A, TIFÃO, HIPNOS, MEDUSA, TERPSICORE, NEREU.

Estrutura da sessão:

Prelúdio: o encontro no exterior

Aquecimento:

Ritual de aceitação de novo membro no grupo: **jogo corporal expressivo**;
Partilha de comentários sobre a semana

Dramatização:

Postais que falam por nós: **jogo simbólico motor**

Música que sai de nós: **jogo corporal expressivo**

Partilha de bem-estar:

Uma sessão de bem-estar: **cuidar do corpo**

Um lanche: **o partilhar**

Prelúdio:

Quando cheguei ao espaço, o terapeuta (R) já tinha o *setting* preparado.

Numa sala aquecida, estavam diversas almofadas/colchões em torno de um novo tapete. O símbolo gráfico do grupo estava bem visível colocado num armário.

Em conversa com (R) percebi que durante as primeiras sessões, se está a fomentar, em todos, o sentido de grupo.

Antes da sessão, não pude deixar de reparar na MEDUSA. Quando chegou e de novo colocou-se no exterior do edifício, no interior de uns arbustos, numa posição em que via, mas não era vista, sendo imitada pela (TERPSICORE) quando esta chegou.

Aquecimento:

O grupo ia receber um novo elemento o NEREU.

Cerimónia de receção ao novo elemento: o parto, sugerido por eles (vem da 1ª sessão), entrou no túnel e ofereceu pouca resistência (“*ou quis ser acolhido*”). Antes a MEDUSA tinha proposto que ele dissesse o que de importante via em nós. Talvez a necessidade de ser vista?

No final, as boas vindas do grupo, tinha nascido um novo elemento.

A MEDUSA falou com o terapeuta (R), sobre a ida da mãe para a Suíça no dia anterior. Facto muito recente, está com saudades. Nesse dia tinha ido para a casa da avó.

Falou-se do símbolo gráfico e de que todos teremos de deixar a nossa marca e especialmente o NEREU que tem um espaço à sua espera.

Alguns falam do que representam as imagens: segundo o HIPNOS a cabeça com cérebro à vista é a abertura para o grupo. O coração da MEDUSA a emitir energias muito positivas para todos. A TERPSICORE disse que a cabeça emaranhada é ela...

Dramatização:

Cada jovem escolhe de um conjunto de postais, 1 ou 2 que lhes permitam falar do momento atual.

Depois conversou-se em grupos de dois. Fiquei com o HIPNOS. Fala da semana, em que encontrou alguém num chat, com quem conversou, via *Skype* e que lhe disse coisas que lhe faziam muito sentido. Que agora já pensa em ir de novo para artes. Fala de cadernos cheios de desenhos. Senti que foi um momento importante para HIPNOS, era algo de precisava de falar, talvez em busca de feedback positivo.

Teve alguém que o ouviu, sim e de que maneira. Também alguém muito próximo de mim, já usou esta mesma estratégia para resolver algumas angústias.

Depois, um elemento de cada par fala do que representa o postal escolhido para o outro (que pula no trampolim).

TERPSICORE fala pela MEDUSA. Escolheu uma foto que ao longe parece um buraco. A repetição do mesmo movimento, colocar-se num ponto em que via os outros, sem eles a verem? A dificuldade de chegar ao outro, que na adolescência é uma tarefa “gritante”, com os pares.

MEDUSA fala de TERPSICORE. Revela que ainda não está preparada para falar de si...

Sobre o TIFÃO e o NEREU, à distância não retive o que disseram. Acho que por momentos divaguei sobre a minha experiência pessoal e talvez por isso não retive o que disseram... as histórias deles e as nossas, por vezes, entrecruzam-se.

HIPNOS tinha trazido a sua viola e tentou tocar uma música que lhe pedem, senti-o frustrado porque a música não estava a sair fluida. Controlou o desconforto.

Cada elemento do grupo toca um instrumento e o papel de maestro. vai rodando entre todos.

Este foi o primeiro momento (incluindo as sessões passadas) em que grupo me pareceu ficar mais coeso. Porque a expressão musical, nesta forma livre, tem mais poder projetivo que as palavras. Todos a retirarem prazer com o que faziam, até HIPNOS soltava uns acordes com a viola bem mais fluidos.

Partilha:

Dois elementos terminam a sessão mais cedo: o NEREU e a MEDUSA.

TIFÃO, TERPSICORE e HIPNOS recebem massagens dos terapeutas. Não dizem nada. Só o prazer do toque e do cuidado pelo outro? Fiquei a pensar na ausência de feedback? Este não seria o meu modo de estar se estivesse lá.

Terminada a sessão, o grupo vai até à cozinha. Havia os restos de uma festa. O centro são as batatas especiais do TIFÃO. HIPNOS tenta manter-se

afastado(...) arranja desculpas para não comer. Por fim depois de alguma insistência, cede.

Comentário reflexivo:

No final direi que foi a primeira vez que senti o grupo a criar o seu espaço, e que haviam ligações a construírem-se e reconstruírem-se. Também estive mais descontraída e a interagir sem me preocupar em demasia com o meu papel.

Grelha de Observação

Sessão nº: 3		Local: Hospital de dia	Material: almofadas, colchões, tapetes, papel de cenário, marcadores/ instrumentos musicais			
Terapeutas: R	Hora: 17h30 Duração: 90 min.	Espaço: sala ampla/cozinha				
Coterapeuta: D						
Coterapeuta: A						
Indicador de Forças 1		Pontuação itens				
Habilidades de Participação no Jogo: <u>Definição: Uso de atividades conforme as necessidades de alegria, entretenimento e desenvolvimento por parte das crianças.</u>		1 nunca adequado 2 levemente adequado 3 moderadamente adequado 4 substancialmente adequado 5 completamente adequado				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Grau de participação no jogo		4	2	5	4	2
Uso de habilidades sociais durante o jogo		2	2	5	4	2
Expressão de emoções durante o jogo		5	2	3	5	2
Uso desempenho de papéis		5	3	5	5	2
Uso da imaginação durante o jogo		5	3	5	5	2
Pontuação total		21	12	23	23	10
Indicador de Forças 2		Pontuação itens				
Habilidades de Interação social: <u>Definição: o uso que o individuo faz de comportamentos eficazes de interação.</u>		1 nenhum 2 limitado 3 moderado 4 substancial 5 extensivo				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Revelação		5	2	5	5	2
Recetividade		4	3	5	4	2
Cooperação		3	4	3	4	3
Estabilidade		4	3	4	4	4
Positividade		2	3	2	2	3
Pontuação total		18	15	19	19	14

4ª sessão de grupo terapêutico

O Grupo: Terapeuta R, Coterapeuta D, Coterapeuta A, TERPSÍCORE, HIPNOS, MEDUSA, TIFÃO, NEREU.

Estrutura da sessão:

Prelúdio

Aquecimento:

Partilha de comentários sobre a semana

Dramatização:

Jogo das almofadas: **Jogo corporal expressivo**; Jogo do Gosto/Não Gosto: **Jogo simbólico motor**; Jogo dos Espelhos: **Jogo simbólico motor**

Partilha:

Sessão de bem-estar

Prelúdio:

TERPSICORE antes da sessão, ainda na rua, disse-me que tinha vindo sozinha da Amadora pela 1ª vez, estava muito feliz com a conquista.

TIFÃO chegou de canadianas: refere que foi um acidente no andebol. Continuou a jogar futebol, muito energético, mesmo limitado. Parece que vai explodir em cada pontapé.

Vamos para a sala que já está preparada, sempre o símbolo gráfico em destaque, alguns instrumentos musicais.

Aquecimento: sentados em almofadas.

A semana como foi?

MEDUSA “os pais estão felizes” tem falado com eles por Skype. Fala de nova crise de asma, na casa da tia. Resolveu, como no Natal, ir para o lago. Não sei porquê, perturba-me aquela imagem da MEDUSA, com dificuldade respiratória perto de um lago. Não gosto de a pensar lá sozinha? Porque penso nisto? Talvez instintos de proteção?

TERPSICORE refere que a semana foi boa, não aconteceu nada de especial, mas faltou às aulas de dança, faz teatro, diz que no Natal representaram uma peça de Gil Vicente Auto das Amofinadas - TIFÃO contra-argumentou que não gostava de Gil Vicente, tem muitas personagens e depois começa a enumerá-las, denominando-as.

NEREU, pouco a dizer sobre a semana, mas muito “ouvinte” dos outros.

TIFÃO, não retive nada de especial.

Logo no início do jogo, o TIFÃO a enviar bolas, sem contenção, para o HIPNOS com grande “energia”, escolhe sempre o mesmo alvo. É avassaladora a energia contida nele, mesmo violenta, quase que sinto medo.

Dramatização:

Jogo das almofadas: em círculo com uma pessoa no centro que finge dar com uma almofada, mas antes tem-se de adivinhar a intenção e dizer um nome de outro e quem tem a almofada vai para esse ou então acerta na pessoa e essa vai para o centro.

Todos participaram ativamente no jogo.

Jogo do gosto / não gosto: cada pessoa em cima de uma almofada e no centro alguém diz gosto de ...quem concorda sai do lugar e troca de almofada há sempre um que fica de fora.

Não gosto: a MEDUSA não foi capaz de dizer o que não gostava, senti que estava com receio de ser sincera, senti que isto vinha de uma anterior experiência negativa. Sempre a nossa história pessoal, os feedbacks que os outros nos dão, a marcar a expectativa que temos em cada momento. O HIPNOS disse “não gosto dos meus pais”. Aparentemente ninguém reagiu, senti que me tocou forte, afinal sou mãe e ficamos sempre a pensar no porquê? de uma afirmação tão forte.

Jogo dos espelhos: 4 espelhos diferentes (os 3 terapeutas e um deles o HIPNOS) vão rodando e o espelho diz coisas boas à pessoa que não pode falar.

NEREU não consegue olhar nos meus olhos, a TERPSICORE também não. Começo a tentar libertar-lhes a tensão com exercícios simples, de olhares...

A MEDUSA conseguiu e manteve uma boa comunicação comigo, reforcei aspetos do seu visual, o cuidado com os detalhes, a cor preta da roupa, os olhos com *eye liner*, demonstrou agrado.

No final do jogo cada um dirige-se para o espelho que mais gostou.

Como fiquei sem nenhum (penso que foi por lhes ter pedido que me olhassem nos olhos, talvez tenha ido longe demais) fiquei com o TIFÃO que se recusou a levantar do chão e tapou a cara, fiz-lhe cócegas, mais tarde disse-me quetinha detestado, que se riu por um mecanismo neurológico.

Pedi-lhe desculpa... Para mim foi um momento muito marcante, fui mesmo apanhada de surpresa, nunca tinha conhecido ninguém com aversão a cócegas? Fui ingénua em pensar que a sua atitude de oposição, seria desmontada pelo riso fácil? Detestei-me por ter feito aquilo, mas na altura ele não me deu nenhum sinal de que não estava a gostar.

Partilha: ambiente semi iluminado, música, deitados nos colchões e almofadas.

Reparo que R massaja o TIFÃO com bola de pilates, o contato com o corpo à distância?

Massajo a MEDUSA que reage bem, está muito tensa na região lombar.

R e D massajam os restantes.

Também massajo o HIPNOS que esteve sempre sentado. Também está tenso.

Sinto que eles gostam muito deste momento, mas não conseguem falar disso? Sempre a dificuldade de encontro com o outro, nesta fase ainda mais difícil, o acesso pelo toque, que na adolescência, tem um caráter sexualizado.

Comentário reflexivo:

Após este jogo R fala das dificuldades e o esforço que alguns fizeram. Sempre é reforçada a ideia de se estar a conseguir “grandes progressos”.

Durante esta sessão interroguei-me de como eles nos viam? São duas figuras femininas e uma figura masculina. Quem somos, aos seus olhos?

Grelha de Observação

Sessão nº: 4		Local: Hospital de dia	Material: almofadas, colchões, tapetes,			
Terapeutas: R	Hora: 17h30 Duração: 90 min.					Espaço: sala ampla
Coterapeuta: D						
Coterapeuta: A						
Indicador de Forças 1		Pontuação itens				
Habilidades de Participação no Jogo: <u>Definição: Uso de atividades conforme as necessidades de alegria, entretenimento e desenvolvimento por parte das crianças.</u>		1 nunca adequado 2 levemente adequado 3 moderadamente adequado 4 substancialmente adequado 5 completamente adequado				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Grau de participação no jogo		4	3	4	4	4
Uso de habilidades sociais durante o jogo		4	1	4	4	4
Expressão de emoções durante o jogo		4	2	4	4	4
Uso desempenho de papéis		4	3	4	4	4
Uso da imaginação durante o jogo		4	2	4	4	3
Pontuação total		20	11	20	20	19
Indicador de Forças 2		Pontuação itens				
Habilidades de Interação social: <u>Definição: o uso que o individuo faz de comportamentos eficazes de interação.</u>		1 nenhum 2 limitado 3 moderado 4 substancial 5 extensivo				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Revelação		2	4	5	4	2
Recetividade		4	3	4	4	2
Cooperação		4	3	4	4	4
Estabilidade		4	2	4	4	4
Positividade		3	1	2	2	2
Pontuação total		17	13	19	18	14

5ª sessão de grupo terapêutico

O Grupo: Terapeuta R, Coterapeuta D, Coterapeuta A, TERPSÍCORE, MEDUSA, HIPNOS, TIFÃO, NEREU.

Estrutura da sessão:

Aquecimento:

Partilha de comentários sobre a semana.

Dramatização:

A distância confortável com o outro: **Jogo corporal expressivo.**

Partilha:

Sessão de bem-estar: **terapia de relaxamento simples.**

Depois de uma conversa sobre a minha reflexão anterior com o terapeuta R, decidi concentrar-me mais no que vi com os olhos, no que senti e pensei.

Por isso, altero a estrutura desta reflexão.

Esta sessão foi “violenta”, sim, é esse o termo que posso empregar para o que senti. Para os jovens também, houve momentos, que foram extremamente duros.

Aquecimento:

Fiquei a pensar: na questão do corpo, importante no psicodrama e sociodrama, e não posso ignorar que na partilha inicial...com os jovens

Eu vi: naquelas almofadas, os corpos quase inertes com exceção do HIPNOS tenso, rosto vermelho, antes de entrar tinha caído no chão e o joelho esquerdo estava em sangue, mostrou ao grupo...

Sáímos para eu lhe fazer um penso, aceitou bem, acho que o ardor do *betadine* o acalmou? por momentos desviou? a raiva que trazia em si.

Quando voltamos à sala o terapeuta R pede-lhe que repita algo que tinham antes conversado sobre os pais... fala duma sensação que tem e não é de agora de só ter nascido para dar problemas... fala de que quando nasceu tiveram que lhe dar umas palmadinhas para respirar...aquela sensação que alguns filhos têm de que só atrapalham... esta ideia rapidamente é apanhada por todos.

Eu pensei: que estão todos a remeterem-se para acontecimentos passados...

Eu vi: os corpos deles a subir em tensão... só a boca mexe. (e o meu também).

TERPSICORE fala do pai, que não fala com ela, dos pais a dizerem que quando se tem um filho a vida social acaba, a MEDUSA remete-se para um canto do espaço e revela um episódio de discussão entre ela e avó sobre o pai.

Eu pensei: sempre a ideia do estar a mais, quando fez este movimento na sala, denunciou o que por vezes sentia em casa, querer desaparecer e não ser vista.

O TIFÃO que estava meio deitado, a olhar no vazio porque tinha sido atingido, pelo ignorar do HIPNOS antes da sessão, (é o terapeuta R que o diz), concorda com os outros jovens, e fala dos pais a arreponderem-se de ter tido filhos? e do seu nascimento.

Eu vi e agora penso: há várias sessões que reparo no rosto de TERPSICORE, quando fala de algo que pode ser o seu sofrimento, faz uns esgares com o rosto (...) dói só de olhar.

Toda a gente descomprimiu (mesmo os terapeutas), baixou a ansiedade e talvez a seguir se aumente a espontaneidade?

Dramatização:

Frente a frente, 3 contra 3.

Fico com a TERPSICORE.

Temos de ficar à distância em que se sentimos confortáveis em vários níveis: uma pessoa conhecida, uma pessoa amiga, o pai ou a mãe.

Eu vi: impossível não ter visto que a TERPSICORE foi quem manteve as maiores distâncias com os três elementos, face aos outros jovens do grupo.

Eu senti: eram gigantes, foi assim que as senti.

Quando depois se aproximamos e falamos. Verbaliza que se sente “estranha” quando eu possa representar o seu pai, e tenhamos uma conversa tão próxima.

Então desculpa-se com a mãe, com a sua médica, que lhe dizem que o pai não vai mudar.

Eu pensei: é como se estivesse a fazer o luto de um pai que nunca veio. Compara-o com o de uma amiga, que tem um pai muito exigente com ela em termos das notas de escola, mas que faz 300 km, todos os fins de semana para a ver.

Partilha:

Continuo com a TERPSICORE, pede que lhe pincele o rosto. Parece deliciada. Os outros em silêncio absoluto até o TIFÃO que fala muito, durante todas as sessões.

Comentário Reflexivo:

Esta sessão para mim foi como estar num palco com atores e, em cada um deles, vi refletido, pedaços do meu passado.

Não sei se por coincidência? com a TERPSICORE tenho o mesmo tipo de pai.

Como o HIPNOS, também nasci de um parto complicado e durante muito tempo era-me descrito, os inúmeros problemas que a minha presença, trouxe na vida dos meus pais.

Ainda recentemente recebi uma prenda dessas, que veem do passado e são muito pesadas, dita pela minha mãe no dia dos meus anos.

Fico a pensar que quanto mais rica a experiência pessoal do terapeuta, melhor preparado deve estar para compreender, o que os outros estão a sentir? mas não para querer impingir-lhes as suas respostas, porque essas terão de ser eles a busca-las.

Penso que apesar de tudo, é muito bom que estes jovens terem um espaço seguro aonde possam imergir as suas memórias mais dolorosas, e assim poderem exorcizá-las.

Grelha de Observação

Sessão nº: 5		Local: Hospital de dia	Material: almofadas, colchões, tapetes, pinças, bolas			
Terapeutas: R	Hora: 17h30 Duração: 90 min.	Espaço: sala ampla				
Coterapeuta: D						
Coterapeuta: A						
Indicador de Forças 1		Pontuação itens				
Habilidades de Participação no Jogo: <u>Definição: Uso de atividades conforme as necessidades de alegria, entretenimento e desenvolvimento por parte das crianças.</u>		1 nunca adequado 2 levemente adequado 3 moderadamente adequado 4 substancialmente adequado 5 completamente adequado a) ausente				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Grau de participação no jogo		4	3	3	4	a)
Uso de habilidades sociais durante o jogo		4	2	3	4	a)
Expressão de emoções durante o jogo		4	3	4	4	a)
Uso desempenho de papéis		4	3	4	4	a)
Uso da imaginação durante o jogo		4	3	4	4	a)
Pontuação total		20	14	18	20	a)
Indicador de Forças 2		Pontuação itens				
Habilidades de Interação social: <u>Definição: o uso que o individuo faz de comportamentos eficazes de interação.</u>		1 nenhum 2 limitado 3 moderado 4 substancial 5 extensivo a) ausente				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Revelação		5	4	5	5	a)
Recetividade		4	4	5	5	a)
Cooperação		4	4	5	5	a)
Estabilidade		4	4	5	5	a)
Positividade		1	2	1	1	a)
Pontuação total		18	18	21	21	a)

6ª sessão de grupo terapêutico

O Grupo: Terapeuta R, Coterapeuta D, Coterapeuta A, TERPSÍCORE, MEDUSA, TIFÃO.

HIPNOS (ausente), NEREU ausente (está a fazer um curso profissional de 1 mês).

Estrutura da sessão:

Aquecimento:

Partilha de comentários sobre a semana

Dramatização:

“Que animal sou eu?” **Jogo corporal expressivo**

Jogo do grupo unido: **Jogo motor com regras**

Partilha:

Relação dual com terapeuta sobre momentos felizes com a família e partilha em grupo de um momento

Aquecimento:

A sessão começou com uma partilha (sentados em almofadas) da semana:

- A TERPSÍCORE partilhou que tinha sonhado com a sua avó transformada em lama (animal).

Dramatização:

Falou-se de lamas que cospem e são fofinhos, de alpacas e outros animais.

O terapeuta R colocou no chão cartas com figuras de animais e cada um escolheu secretamente um, e depois teve de fazer uma mimica, para os outros adivinharem, quem era.

Jogo do grupo unido: todos em grupo em cima do trampolim e existe um de fora que faz tombar alguém, esse que cai vai tentar tombar o grupo e assim sucessivamente.

Partilha:

Em relação dual com os terapeutas, cada jovem fala de três momentos felizes com a família e depois tem de partilhá-los com o grupo.

Comentário reflexivo:

Esta sessão para mim ficou marcada por duas situações:

- Os discursos da TERPSICORE, sobre a sua infância e o agora.
- A diminuição da torrente de palavras do TIFÃO.

A TERPSICORE esteve por dois momentos mais próxima de mim, e não pude deixar de apreciar os movimentos que está a fazer para criar a sua própria identidade.

A sensação corporal que me passa é de estar “na crista da onda”, de vez em quando vai abaixo, mas depois recupera e solta-se.

Fala-me mais uma vez das pessoas que a rodeiam, da sua irmã mais velha “completamente diferente dela”, das pessoas da sua escola, “preocupadas com a escola, ter um namorado e ter filhos (...)”. Sente-se diferente. Não se identifica com os pais, com a irmã, com as colegas.

Eu pensei que à medida que este novo grupo se vai cimentando dentro dela, é mais fácil distanciar-se do grupo primário (família) e do grupo social (escola). Ter sentido crítico, como se ganhasse forças para seguir em frente e experimentar novos papéis.

Este grupo está talvez a permitir fazer o distanciamento com os pais, que surgem cada vez mais imperfeitos. Na sessão anterior falava de um pai (que não existia).

Por fim o TIFÃO, que esteve pouco falador. Talvez fosse a falta do HIPNOS, que lhe serve de contraponto?

Impossível não me rever nos movimentos de distanciamento dos pais da TERPSICORE. Tentei não lhe dar respostas, mas devolver-lhe algumas questões.

Grelha de Observação

Sessão nº: 6		Local: Hospital de dia	Material: almofadas, colchões, tapetes, papel de cenário, marcadores
Terapeutas: R Coterapeuta: D Coterapeuta: A	Hora: 17h30 Duração: 90 min.	Espaço: sala ampla	

Indicador de Forças 1	Pontuação itens				
Habilidades de Participação no Jogo: <u>Definição: Uso de atividades conforme as necessidades de alegria, entretenimento e desenvolvimento por parte das crianças.</u>	1 nunca adequado 2 levemente adequado 3 moderadamente adequado 4 substancialmente adequado 5 completamente adequado a) Ausente/ na) não avaliado				
Elementos	T	Ti	H	M	N
Grau de participação no jogo	4	2	a)	na	a)
Uso de habilidades sociais durante o jogo	4	2	a)	na	a)
Expressão de emoções durante o jogo	4	2	a)	na	a)
Uso desempenho de papéis	4	2	a)	na	a)
Uso da imaginação durante o jogo	4	2	a)	na	a)
Pontuação total	20	10	a)	na	a)
Indicador de Forças 2	Pontuação itens				
Habilidades de Interação social: <u>Definição: o uso que o individuo faz de comportamentos eficazes de interação.</u>	1 nenhum 2 limitado 3 moderado 4 substancial 5 extensivo a) Ausente/ na) não avaliado				
Elementos	T	Ti	H	M	N
Revelação	5	1	a)	na	a)
Recetividade	5	1	a)	na	a)
Cooperação	5	1	a)	na	a)
Estabilidade	5	1	a)	na	a)
Positividade	3	1	a)	na	a)
Pontuação total	23	5	a)	na	a)

7ª sessão de grupo terapêutico

O Grupo: Terapeuta R, Coterapeuta D, Coterapeuta A, TERPSÍCORE, TIFÃO, MEDUSA, NEREU (ausente), HIPNOS (ausente)

Estrutura da sessão:

Aquecimento:

Partilha de comentários sobre a semana

Dramatização:

Pintura/desenho/escrita de um mural em papel: **Terapia expressiva pelo desenho.**

Partilha:

Cada elemento incluindo os terapeutas emitem uma opinião

Aquecimento:

A TERPSICORE revelou que está a tomar uma medicação nova (quetiapina) e que se sente sonolenta? (não aparenta) que tem manchas na cara (sim estava), que esteve a ler a bula e que se destina a esquizofrénicos, a pessoas bipolares, a pessoas com ideias suicidas. Que então ela “é doente mental? O que estou aqui a fazer?”

-Que não “tinha vontade de estudar.”

-Enquanto isso acontecia, TIFÃO manifestava um grande desconforto (agitação corporal), mas pouco disse.

-A MEDUSA colocou-se outra vez num canto da sala escondida atrás de um enorme urso de peluche. Falou no fim, disse que às vezes falava com vozes que tinha na cabeça. Há dois anos que isso acontecia. Falou da escola que agora também não sentia grande vontade.

O terapeuta R interveio, sossegou a TERPSICORE disse-lhe que não era doente mental. Fez perguntas a MEDUSA, demonstrou preocupação e vontade de ajudar falando com os pais e com o médico.

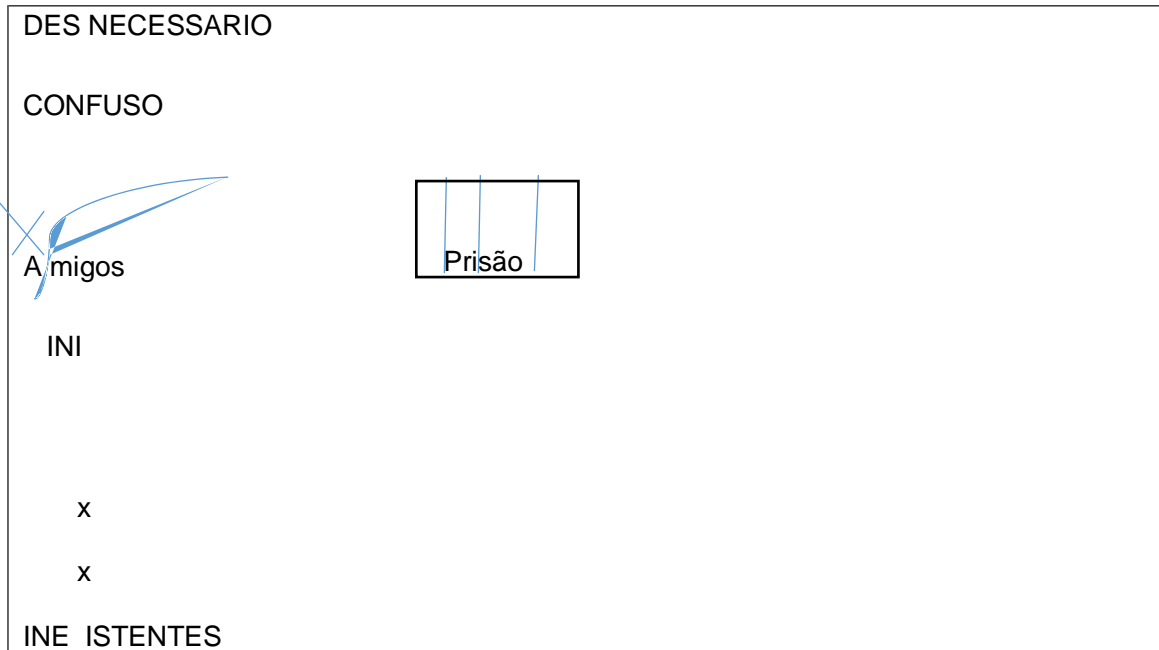
Dramatização:

A seguir foi-lhes proposto escrever/ desenhar num painel.

Com a música de fundo dos Muse (Dead Inside; Mercy), Slipknote. TERPSICORE desenhou as letras da palavra: BURRA e no meio das letras e ao redor escreveu:

Grande Aberração= T	Assim vestida metes medo ao susto
És tal qual o teu pai	Há melhor!
Dás-me vómitos,	És uma desgraça,
Tenho pena,	Não Vales Nada,
Retardada,	Estragas tudo,
Rude,	Não sonhes
Burra,	Nada que eu não tenha feito antes,
Fútil	Teatro (cortado X)
Nojenta,	Merda Bipolar!
Inútil	
Feia,	
Gorda,	
Não tem amigos a pobre,	
Não és boa o suficiente,	

A MEDUSA desenhou as seguintes palavras:



TIFÃO esteve deitado o tempo todo, comeu batatas fritas e recusou-se a fazer o que fosse no cartaz. Enquanto a TERPSICORE e a MEDUSA estavam a falar no início manteve-se com a cabeça para baixo, mãos na cabeça, em pé e sentado nunca se juntou a elas.

Letras de algumas das músicas que foram “pano de fundo” da sessão:

Mercy (MUSE)

*Help me, I've fallen on the inside
I tried to change the game, I try to infiltrate, but now I'm losing
Men in cloaks, always seems to run the show
Save me from the, ghosts and shadows
Before they eat my soul
Mercy
Mercy
Show me mercy, from the powers that be
Show me mercy, can someone rescue me?
Absent gods and silent tyranny
We're going under, hypnotized by another puppeteer
And tell me why the men in cloaks
Always has to bring me down*

*Running from the ghosts and shadows
The world just disavows
Mercy
Mercy
Show me mercy, from the powers that be
Show me mercy, can someone rescue me?
Show me mercy
Show me mercy, please
Help me, I've fallen on the inside
And all the men in cloaks trying to devour my soul
Show me mercy from the powers that be
Show me mercy from the gutless and mean
Show me mercy from the killing machines
Show me mercy, can someone rescue me?*

Dead inside (MUSE)

*Revere a million prayers
And draw me into your holiness
But there's nothing there
Light only shines
From those who share
Unleash a million drones
Then confine me then erase me babe
Do you have no soul?
It's like it died long ago
Your lips feel warm to the touch
You can bring me back to life
On the outside you're ablaze and alive
But you're dead inside
You're free to touch the sky
Whilst I am crushed and pulverized
Because you need control
Now I'm the one who's letting go
You like to give an inch
Whilst I am giving infinity
But now I've got nothing left
You have no cares and I'm bereft
Your skin feels warm to caress
I see magic in your eyes
On the outside you're ablaze and alive
But you're dead inside
Feel me now
Hold me please
I need you to see who I am
Open up to me
Stop hiding from me
It's hurting babe*

*Only you can stop the pain
Don't leave me out in the cold
Don't leave me out to die
I gave you everything
I can't give you anymore
Now I've become just like you
My lips feel warm to the touch
And my words seem so alive
My skin is warm to caress
I'll control and hypnotize
You taught me to lie
Without a trace
And to kill with no remorse
On the outside I'm the greatest guy
Now I'm dead inside-*

Comentário Reflexivo:

Embora não fosse uma sessão de Sociodrama, aqui houve mesmo um protagonista a TERPSICORE.

Não pude deixar de ver que esta sessão me fez lembrar muito as minhas sessões de psicoterapia de grupo.

Porque este grupo já é um espaço seguro para a TERPSICORE e a MEDUSA, elas deixaram fluir os seus pensamentos e emoções, para fora. Ao contrário o TIFÃO ainda não consegue fazer este movimento? Que benefícios está a tirar neste momento? Ainda não são visíveis. Neste momento só ele e o NEREU ainda não disseram nada sobre a sua ida ali.

Por outro lado, houve aqui um elemento fortíssimo a música. Sim foi usada pelo terapeuta R para fazer acelerar uma catarse e como indutora da descarga afetiva. Normalmente não presto atenção às letras, mas quando comecei a trabalhar nesta reflexão, fui buscar as letras de duas músicas que me chamaram atenção e sim o paralelismo de ideias expressas nas letras e as palavras da TERPSICORE e da MEDUSA, é mesmo muito forte.

No final houve comentários e não posso deixar de ver a tentativa do Terapeuta R para integrar o TIFÃO naquele movimento e ele efetivamente deu conta de si, quando perguntou à TERPSICORE se as frases escritas no cartaz, eram coisas que lhe tinham dito ou eram pensamentos dela?

Na minha opinião, para o TIFÃO, as frases da TERPSICORE estavam mesmo a ter muito eco interno, mas para ele ainda não chegou o momento de o poder verbalizar e as expressar para o grupo.

Também a tentativa para sossegar a MEDUSA, verbalizando-se que se iria falar com os pais e com o seu médico.

Numa sessão de grupo tão intensa como esta foi, é impossível que tendo estado presente, não me tenha dado conta de mim, da tensão muscular que senti durante toda a sessão, dos ecos no meu passado, sempre a eterna questão da aceitação e do reconhecimento por parte dos outros que se estrutura originalmente na relação primária mãe-filho.

Grelha de Observação

Sessão nº: 7		Local: Hospital de dia	Material: almofadas, colchões, tapetes, papel de cenário, marcadores			
Terapeutas: R	Hora: 17h30 Duração: 90 min.	Espaço: sala ampla				
Coterapeuta: D						
Coterapeuta: A						
Indicador de Forças 1		Pontuação itens				
Habilidades de Participação no Jogo: <u>Definição: Uso de atividades conforme as necessidades de alegria, entretenimento e desenvolvimento por parte das crianças.</u>		1 nunca adequado 2 levemente adequado 3 moderadamente adequado 4 substancialmente adequado 5 completamente adequado a)ausente				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Grau de participação no jogo		5	2	a)	5	a)
Uso de habilidades sociais durante o jogo		4	1	a)	5	a)
Expressão de emoções durante o jogo		5	2	a)	5	a)
Uso desempenho de papéis		5	1	a)	5	a)
Uso da imaginação durante o jogo		5	1	a)	5	a)
Pontuação total		24	7	a)	25	a)
Indicador de Forças 2		Pontuação itens				
Habilidades de Interação social: <u>Definição: o uso que o individuo faz de comportamentos eficazes de interação.</u>		1 nenhum 2 limitado 3 moderado 4 substancial 5 extensivo a) ausente				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Revelação		5	1	a)	4	a)
Recetividade		3	1	a)	4	a)
Cooperação		4	1	a)	4	a)
Estabilidade		3	2	a)	4	a)
Positividade		1	1	a)	2	a)
Pontuação total		16	6	a)	18	a)

8ª sessão de grupo terapêutico

O Grupo: Terapeuta R, Coterapeuta D, Coterapeuta A, TERPSÍCORE, MEDUSA, HIPNOS, TIFÃO, NEREU (ausente)

Estrutura da sessão:

1º Tempo:

Escolha de um filme, foram sugeridos: *Assassins Creed*, *Zombieland*, *Nerve*.

2º Tempo:

Visionamento do filme "*Zombieland*": **sessão lúdica**

3º Tempo:

Arrumar o espaço

Alguns comentários sobre os filmes:

Assassins creed: este filme vem de um videogame, refere a história de um assassino julgado em 2016 e que mercê de estratégia não cumpre a pena, mas vai à época da inquisição resgatar o código secreto do livre arbítrio, chamado Apple e que os templários estão a tentar resgatar.

Escolha do HIPNOS e do TIFÃO.

Nerve: um jogo sem regras, este filme baseia-se num jogo online onde as pessoas precisam executar tarefas ordenadas pelos próprios participantes. O Nerve é dividido entre observadores e jogadores, sendo que os primeiros decidem as tarefas a serem realizadas e os outros executam-nas e ganham prêmios em dinheiro ou desistem e perdem tudo que ganharam no jogo.

Escolha da TERPSICORE.

Zombieland: o filme parte da situação inicial de ter havido uma epidemia nos EUA de zombies loucos, que afetou a maioria da população. Os personagens

são 4 pessoas que não contraíram a doença e que se vão encontrando e ficando companheiros de viagem, amigos e uma espécie de família.

Também escolha da TERPSICORE. Acabou por ser o escolhido.

Comentário reflexivo:

Nesta sessão o TIFÃO esteve particularmente ativo. Comeu durante toda a sessão. Cada vez que o ritmo do filme abrandava, manifestava desagrado. Sentia-se o personagem principal. O turbilhão de situações *non sense* cruzadas com alguma violência parecia ajudá-lo a fugir por momentos, da sua vida.

A TERPSICORE ria-se também ela “devora” filmes e séries, e são momentos de pura diversão em que se está noutra dimensão.

Grelha de Observação

Sessão nº: 8		Local: Hospital de dia	Material: almofadas, colchões, tapetes, filme, projetor, portatil			
Terapeutas: R	Hora: 17h30 Duração: 90 min.	Espaço: sala ampla				
Coterapeuta: D						
Coterapeuta: A						
Indicador de Forças 1		Pontuação itens				
Habilidades de Participação no Jogo: <u>Definição: Uso de atividades conforme as necessidades de alegria, entretenimento e desenvolvimento por parte das crianças.</u>		1 nunca adequado 2 levemente adequado 3 moderadamente adequado 4 substancialmente adequado 5 completamente adequado a) ausente				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Grau de participação no jogo		5	4	3	3	a)
Uso de habilidades sociais durante o jogo		4	4	3	3	a)
Expressão de emoções durante o jogo		4	4	3	3	a)
Uso desempenho de papéis		4	4	3	3	a)
Uso da imaginação durante o jogo		3	4	3	3	a)
Pontuação total		20	20	15	15	a)
Indicador de Forças 2		Pontuação itens				
Habilidades de Interação social: <u>Definição: o uso que o individuo faz de comportamentos eficazes de interação.</u>		1 nenhum 2 limitado 3 moderado 4 substancial 5 extensivo a) ausente				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Revelação		3	4	3	3	a)
Recetividade		4	4	3	3	a)
Cooperação		5	4	3	3	a)
Estabilidade		4	4	3	3	a)
Positividade		4	3	3	3	a)
Pontuação total		20	19	15	15	a)

9ª sessão de grupo terapêutico

O Grupo: Terapeuta R, Coterapeuta D, Coterapeuta A, TERPSÍCORE, MEDUSA, NEREU, HIPNOS, TIFÃO.

Estrutura da sessão

Aquecimento:

Comentários relativos à semana anterior

Dramatização:

Continuar o mural: **terapia expressiva pelo desenho**

Partilha:

Todos incluindo os terapeutas vão escrever algo sobre todos os membros

Aquecimento:

Esta sessão começou com dois fatos que para mim foram significativos:

O HIPNOS sentado quase imóvel com a cara coberta pelo capuz da *sweet shirt* preta.

O TIFÃO a dizer estar indisposto e a ir à casa de banho por diversas vezes. Numa delas fui até lá estar com ele, disse-me estar com dores de barriga, mas que mesmo assim não passavam. Chegou depois dizendo que as coisas na escola estavam melhores que tinha tido boas notas a francês e a história. Mas que devia ter 5 a tudo.

A volta do NEREU (esteve ausente durante 3 sessões) chegou com um sorriso mais aberto.

A MEDUSA estava contente com as suas últimas notas de testes que disse, uma a uma, com um grande sorriso.

A TERPSICORE referiu que tinha estado num velório e que tinham pedido pizza, pareceu-lhe estranho.

Dramatização:

O objetivo era que todos fossem lá escrever/ desenhar algo. Mas não foi fácil, a única que espontaneamente lá foi completar o seu mural foi a MEDUSA. A TERPSICORE não conseguiu, mas não parava de olhar, visivelmente perturbada pela visão do que tinha escrito.

O TIFÃO foi lá escreveu umas frases e depois escondeu-se dentro de uma lagarta de brincar junto com um urso de peluche. Só saiu no fim.

O NEREU colocou-se no mural de capuz e cabisbaixo com as frases que lhe dizem qualquer coisa como “só sabes jogar! “

O HIPNOS colocou-se no mural sob a forma de retratado pela morte.

Partilha:

Os terapeutas também escreveram frases sobre os jovens.

Comentário reflexivo:

Nesta sessão senti-me “colada” às sensações da TERPSICORE.

Depois da catarse da última sessão, ela colocou-se num canto da sala, a olhar para o que tinha escrito. Nesta jovem o sofrimento é muito visível (...) são alguns esgares faciais, é um desconforto físico, de quem, não se sente na pele do personagem que os outros te fazem ser.

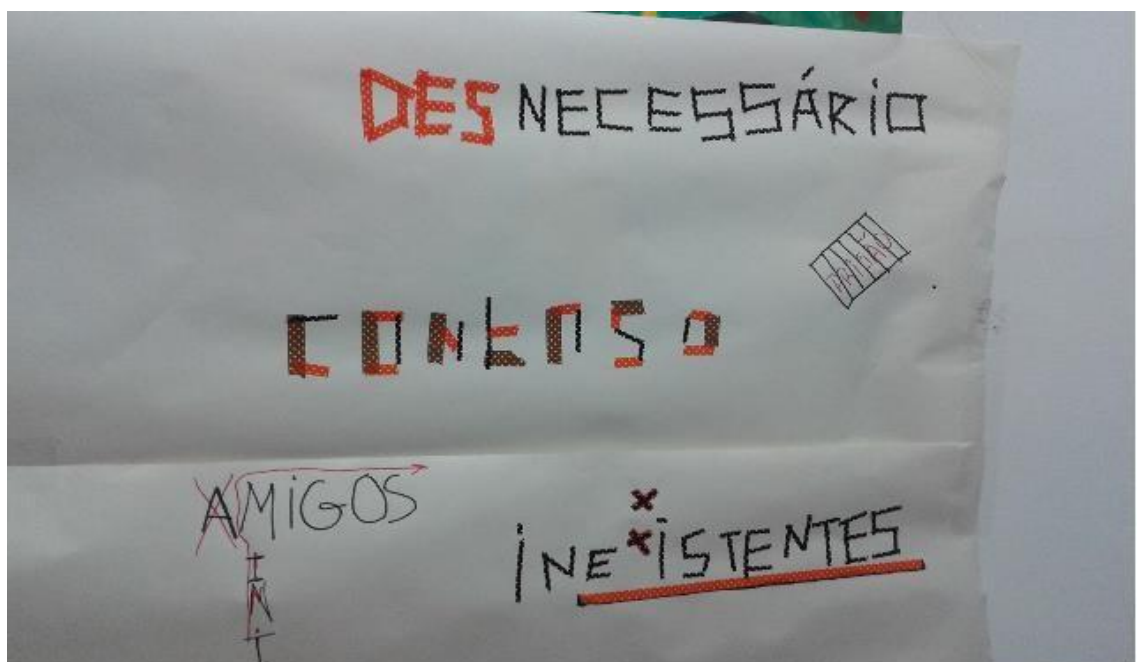
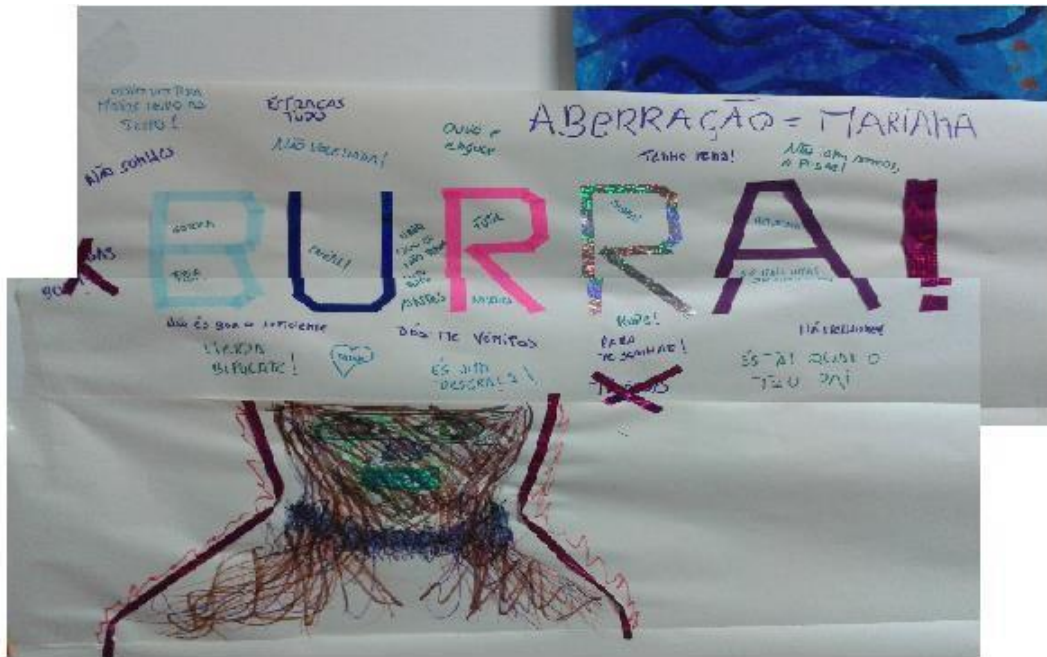
Quase que fiquei envolta num torpor. Mas ainda consegui ver o TIFÃO a ir ao cartaz escrever e depois fez um movimento regressivo para a sua infância. O NEREU e o HIPNOS também deram corpo aos seus movimentos continuamente depressivos.

A MEDUSA estava no seu meio natural a expressão plástica, e por isso transmutou a dor.

Grelha de Observação

Sessão nº: 9		Local: Hospital de dia	Material: almofadas, colchões, tapetes, papel cenário, marcadores			
Terapeutas: R	Hora: 17h30 Duração: 90 min.	Espaço: sala ampla				
Coterapeuta: D						
Coterapeuta: A						
Indicador de Forças 1		Pontuação itens				
Habilidades de Participação no Jogo: <u>Definição: Uso de atividades conforme as necessidades de alegria, entretenimento e desenvolvimento por parte das crianças.</u>		1 nunca adequado 2 levemente adequado 3 moderadamente adequado 4 substancialmente adequado 5 completamente adequado				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Grau de participação no jogo		2	2	3	4	3
Uso de habilidades sociais durante o jogo		2	2	3	4	3
Expressão de emoções durante o jogo		3	2	4	5	4
Uso desempenho de papéis		2	3	4	4	4
Uso da imaginação durante o jogo		2	2	4	5	3
Pontuação total		11	11	18	22	17
Indicador de Forças 2		Pontuação itens				
Habilidades de Interação social: <u>Definição: o uso que o individuo faz de comportamentos eficazes de interação.</u>		1 nenhum 2 limitado 3 moderado 4 substancial 5 extensivo				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Revelação		4	2	4	4	4
Recetividade		4	2	4	4	4
Cooperação		3	2	3	4	4
Estabilidade		3	2	3	4	4
Positividade		2	2	2	4	2
Pontuação total		16	10	16	20	18

Registo fotográfico do mural:



10ª sessão de grupo terapêutico

O Grupo: Terapeuta R, Coterapeuta D, Coterapeuta A, HIPNOS, NEREU, TIFÃO, MEDUSA, TERPSÍCORE.

Estrutura da sessão:

Aquecimento inespecífico:

Comentários relativos à semana anterior

Aquecimento específico:

Jogo com bola: **Jogo motor com regras**

Dramatização:

2 grupos que vão construir uma história e que é completada pelo outro grupo:

Terapia expressiva escrita

Aquecimento inespecífico:

Esta sessão começou com dois fatos que para mim foram significativos:

O HIPNOS sentado, sem capuz rosto visível, aparentemente melhor que na semana anterior.

O TIFÃO a falar de ciências e de ter má nota. Que gosta de Ciências, mas com aquele professor nunca irá ter boa nota. Tem dúvidas sobre a área para onde deve prosseguir. Fala do “Filipa” (escola secundária) como a melhor e a pior escola. Deprecia as outras escolas, atinge diretamente o HIPNOS. O terapeuta R corrige-o todas as escolas são boas TIFÃO! Ele responde que tem de escolher uma área que lhe dê a oportunidade de ter um bom emprego (discurso construído socialmente).

O NEREU muito contido, não quer saber para onde vai estagiar, pouco motivado para tudo. Exceto no olhar brilhante que enviava à TERPSICORE que estava mesmo diante dele.

A TERPSICORE falou com desdém de uma competição de dança em que esteve bem, mas os prémios não corresponderam. Mas estava visivelmente contente.

A MEDUSA referiu que esteve sozinha toda a semana, a avó esteve na “terra”. Pareceu gostar, mas difícil, ser responsável pelas tarefas do dia a dia. Todas as semanas refere episódios de enxaqueca.

Antes quando o TIFÃO falava da escola, a MEDUSA falou da sua escolha primeiro por ciências fracassada e agora artes, com sucesso (mas teve de passar por ciências porque gosta muito de animais) mas a matemática era intransponível.

Aquecimento específico:

O TIFÃO envolveu-se numa suposta luta com o HIPNOS, que se põe “a jeito” e o TIFÃO parece que o quer asfixiar.

Difícil contê-lo, com as bolas que disparam para todo o lado, o terapeuta R chega mesmo a levar com uma bolada na cara.

Jogo com bola (serve de reorientação da atenção e decompressão física/mental) com boa participação. Exceto o TIFÃO que logo no início desistiu, estava sempre a mandar a bola para baixo. Volta no final.

Dramatização:

Construção de duas histórias em grupo:

Fico no grupo do TIFÃO, NEREU, MEDUSA

A história começa e é “negra”: fala de vulcões de lava, de colibris de morte.

Depois é completada pelo outro grupo que lhe dá outro caráter: sente-se o sentido de humor do HIPNOS.

O TIFÃO monopoliza o texto, fala de uma história antiga com uma Sara e a TERPSICORE também entra?? Para a semana continua....

Grelha de Observação

Sessão nº: 10		Local: Hospital de dia	Material: almofadas, colchões, tapetes, canetas, marcadores, folhas papel			
Terapeutas: R	Hora: 17h30 Duração: 90 min.	Espaço: sala ampla				
Coterapeuta: D						
Coterapeuta: A						
Indicador de Forças 1		Pontuação itens				
Habilidades de Participação no Jogo: <u>Definição: Uso de atividades conforme as necessidades de alegria, entretenimento e desenvolvimento por parte das crianças.</u>		1 nunca adequado 2 levemente adequado 3 moderadamente adequado 4 substancialmente adequado 5 completamente adequado				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Grau de participação no jogo		4	3	2	3	3
Uso de habilidades sociais durante o jogo		4	2	2	3	3
Expressão de emoções durante o jogo		4	4	2	3	3
Uso desempenho de papéis		4	4	3	4	3
Uso da imaginação durante o jogo		4	4	4	4	3
Pontuação total		20	17	13	17	15
Indicador de Forças 2		Pontuação itens				
Habilidades de Interação social: <u>Definição: o uso que o individuo faz de comportamentos eficazes de interação.</u>		1 nenhum 2 limitado 3 moderado 4 substancial 5 extensivo				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Revelação		4	4	2	3	2
Recetividade		4	3	2	3	2
Cooperação		4	2	3	3	2
Estabilidade		4	2	2	3	2
Positividade		4	2	2	3	2
Pontuação total		20	13	11	15	10

11ª sessão de grupo terapêutico

O Grupo: Terapeuta R, Coterapeuta D, Coterapeuta A, TERPSÍCORE, MEDUSA, NEREU, HIPNOS, TIFÃO.

Estrutura da sessão

Aquecimento:

Comentários relativos à semana anterior

Dramatização:

Encenar a história e representá-la: **Jogo simbólico motor**

Aquecimento:

Nesta sessão não fiz registos dos comentários da semana anterior (não retive nada)

Dramatização:

Cada grupo encenou a sua história.

Grupo 1: Coterapeuta D, TERPSÍCORE E HIPNOS

A história tem como personagem principal o “Tozé Barão” representado pelo HIPNOS. É uma história de alguém que tem sonhos relacionados, com o querer ter uma família. O HIPNOS muito ativo falou sem inibições na primeira pessoa, e parecia ser uma projeção sua para o futuro. A TERPSICORE desempenhou o seu papel de forma mais retraída. A história vinha carregada de humor sarcástico.

Grupo 2: Coterapeuta A, NEREU, TIFÃO E MEDUSA

A história que aqui foi encenada foi basicamente escrita pelo TIFÃO. Talvez por isso foi difícil mobilizar a representação. Ninguém queria ser protagonista e falar na

Então combinámos que eles faziam a representação sem falas e eu seria o narrador (acederam).

A história andou à volta de umas tartarugas ninja que andavam nos subterrâneos e que foram engolidas por um vulcão. A vontade com que se atiraram para o vulcão foi tal que até parecia que era um lugar muito acolhedor....

A sessão terminou após a representação, sem comentários do grupo, por falta de tempo.

Grelha de Observação

Sessão nº: 11		Local: Hospital de dia	Material: almofadas, colchões, tapetes,			
Terapeutas: R Coterapeuta: D Coterapeuta: A	Hora: 17h30 Duração: 90 min.	Espaço: sala ampla				
Indicador de Forças 1		Pontuação itens				
Habilidades de Participação no Jogo: <u>Definição: Uso de atividades conforme as necessidades de alegria, entretenimento e desenvolvimento por parte das crianças.</u>		1 nunca adequado 2 levemente adequado 3 moderadamente adequado 4 substancialmente adequado 5 completamente adequado				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Grau de participação no jogo		4	3	5	3	3
Uso de habilidades sociais durante o jogo		4	2	5	3	3
Expressão de emoções durante o jogo		4	4	5	3	3
Uso desempenho de papéis		4	4	5	3	3
Uso da imaginação durante o jogo		4	4	5	3	3
Pontuação total		20	17	25	15	15
Indicador de Forças 2		Pontuação itens				
Habilidades de Interação social: <u>Definição: o uso que o individuo faz de comportamentos eficazes de interação.</u>		1 nenhum 2 limitado 3 moderado 4 substancial 5 extensivo				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Revelação		3	4	4	2	2
Recetividade		3	4	4	2	2
Cooperação		3	2	4	2	2
Estabilidade		3	3	4	3	3
Positividade		3	2	3	3	3
Pontuação total		15	15	19	12	12

12ª sessão de grupo terapêutico

O Grupo: Terapeuta R, Coterapeuta D, Coterapeuta A, MEDUSA, TERPSICORE, HIPNOS, NEREU, TIFÃO.

Estrutura da sessão:

1º Tempo:

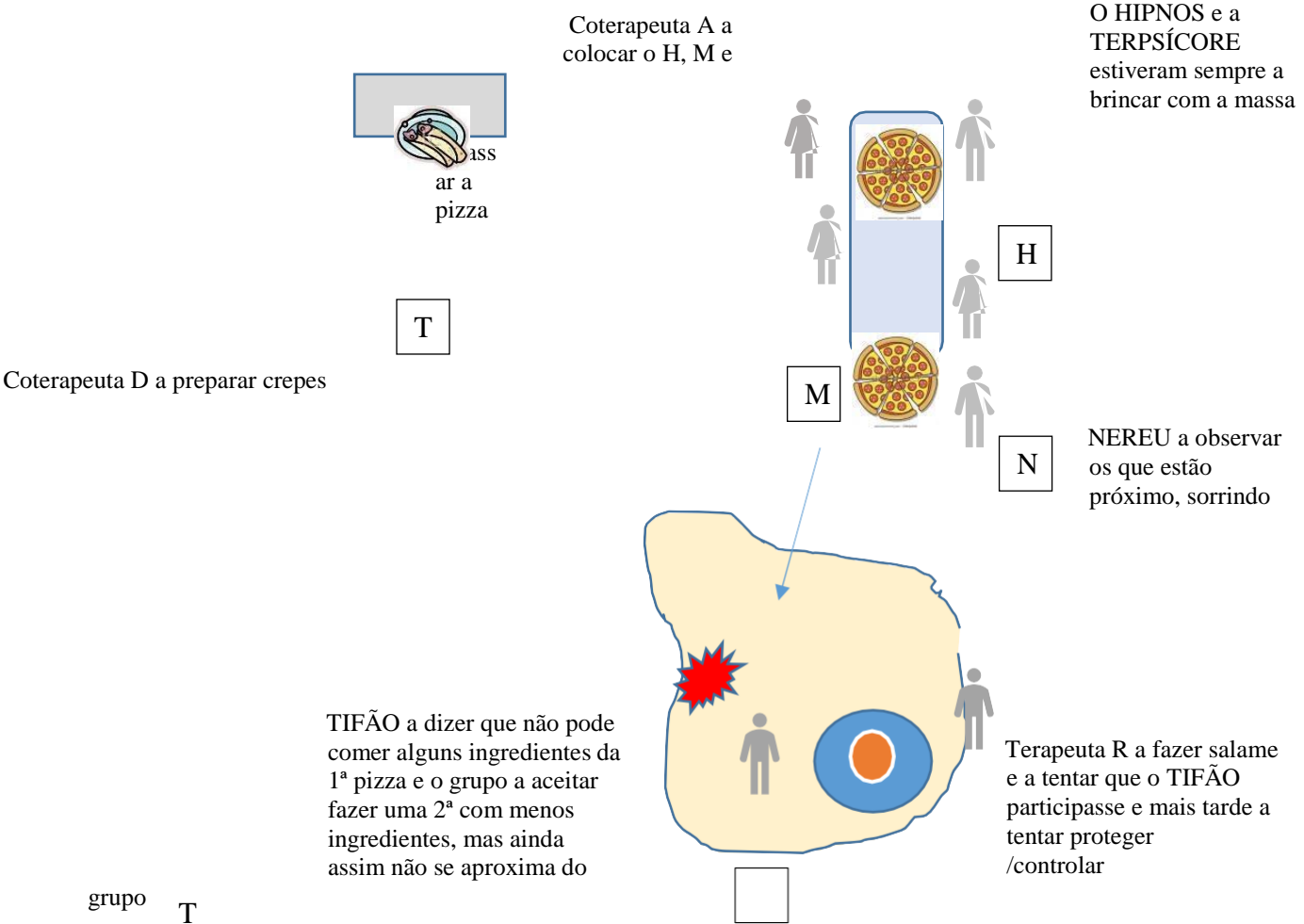
Oficina de pizzas, de crepes e de salame: **sessão lúdica**

2º Tempo:

Partilha de comentários

1º Tempo:

Nesta sessão antes das férias da Páscoa pretendia-se uma interação, em ambiente descontraído. Todos trouxeram algo para partilhar de bebidas ou usar na confeção das pizzas e dos crepes. Assim fomos para a cozinha e começou-se a preparar amassar a massa. E também o terapeuta R começou a fazer um salame.



A MEDUSA durante estava a amassar uma pizza e de repente vai junto do TIFÃO e esfrega-lhe farinha na cara e recua.

A reação do TIFÃO foi como se de uma ameaça se tratasse, falou várias coisas, dizendo que a seguir à sessão iria a algum sitio e que agora sujo, isso o impediria. Tem um fácies visivelmente irritado.

Quando as pizzas, crepes e salame estão prontas, recusa-se a comer seja o que for e acaba por ser retirado da cozinha pelo terapeuta R.

A MEDUSA embora perturbada com o efeito da sua brincadeira, empenhou-se e fez uma base perfeitamente circular com a massa. Dei-lhe um elogio responde-me que foi o pai que lhe ensinou a estender a massa.

No final momento de partilha e festa todos comem (menos o TIFÃO que já tinha ido embora para casa).

2º Tempo:

Mesmo no final, a questão do TIFÃO vem ao de cima. É a TERPSICORE que começa, mas todos concordam que o TIFÃO é desagradável com eles, que não se controla. Que a sua atitude não foi compreendida. O terapeuta R refere que a reação dele nem sempre advém de tudo o que se passa nas sessões que às vezes está muito aflito com outras questões e que depois não consegue controlar. A MEDUSA não falou.

Foi uma sessão em que se clarificaram duas coisas: que o TIFÃO está a viver uma fase pessoal, difícil e que por isso, os seus mecanismos de defesa estão ativos. A agitação mental em que entrou foi de tal ordem que o terapeuta R teve de o retirar da sala. E no final em conversa com as coterapeutas, referiu que ele esteve quase a fazer um surto psicótico.

Em relação ao grupo houve uma aproximação entre todos, e conseguiram finalmente verbalizar o seu desconforto com as atitudes do TIFÃO.

A MEDUSA não falou ficou muito perturbada com o resultado da sua brincadeira e foi a TERPSICORE E O HIPNOS quem falou. O terapeuta R sossegou-os (sempre reforçando as que as “irritações” do TIFÃO não são dirigidas a eles.

Apesar deste episódio, os jovens divertiram-se e eu também. Talvez tenha aqui pela primeira vez assumido o papel de “mãe” no grupo. Afinal partilhar uma comida que se acabou de fazer é muito reconfortante e leva-nos sempre para a nossa infância.

Grelha de Observação

Sessão nº: 12		Local: Hospital de dia	Material: ingredientes para fazer pizzas, salame, crepes, bebidas			
Terapeutas: R Coterapeuta: D Coterapeuta: A	Hora: 17h30 Duração: 90 min.	Espaço: cozinha				
Indicador de Forças 1		Pontuação itens				
Habilidades de Participação no Jogo: <u>Definição: Uso de atividades conforme as necessidades de alegria, entretenimento e desenvolvimento por parte das crianças.</u>		1 nunca adequado 2 levemente adequado 3 moderadamente adequado 4 substancialmente adequado 5 completamente adequado				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Grau de participação no jogo		5	1	5	5	3
Uso de habilidades sociais durante o jogo		5	1	5	5	3
Expressão de emoções durante o jogo		4	1	4	4	3
Uso desempenho de papéis		5	1	5	5	3
Uso da imaginação durante o jogo		5	1	5	5	3
Pontuação total		24	5	24	24	15
Indicador de Forças 2		Pontuação itens				
Habilidades de Interação social: <u>Definição: o uso que o individuo faz de comportamentos eficazes de interação.</u>		1 nenhum 2 limitado 3 moderado 4 substancial 5 extensivo				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Revelação		4	1	4	4	3
Recetividade		4	1	4	4	3
Cooperação		4	1	4	4	3
Estabilidade		4	1	4	2	3
Positividade		3	1	3	2	3
Pontuação total		19	5	19	16	15

13ª sessão de grupo terapêutico

O Grupo: Terapeuta R, Coterapeuta D, Coterapeuta A, MEDUSA, TERPSICORE, HIPNOS, TIFÃO E NEREU

Estrutura da sessão

Prelúdio

Aquecimento:

Comentários sobre as férias

Dramatização:

Jogo da cabra cega adaptado: **Jogo motor com regras**

Partilha:

Um aniversário

Prelúdio:

A ordem de chegada antes da sessão foi: primeiro o NEREU, depois a MEDUSA e o HIPNOS, o TIFÃO (só cumprimentou o terapeuta R) e por fim chegou a TERPSICORE (com um bolo), visivelmente contente.

O TIFÃO ficou a jogar à bola...sem interagir com os restantes.

O TIFÃO começou a falar, estava virado para o grupo, mas nunca olhando de frente. Discurso catastrofista sobre o fim do mundo (dele?).

Estava triste porque tinha voltado para a escola. As notas tinham sido melhores do que esperava. A positiva a Matemática. Falou do professor de ciências como sendo uma figura muito “negra” na sua vida. Da possibilidade de o ter no 10º ano de ciências se ficasse na escola embora segundo o TIFÃO, ele estivesse proibido de lecionar no secundário?? Porque chumbava toda a gente? Da possibilidade de ir para “uma especialização em engenharia informática” percebia-se que estava a falar do ensino profissional, aparentemente ainda não conhecia escolas possíveis?

No restante tempo, colocou-se de costas para o grupo, estava em cima de um trampolim.

A TERPSICORE falou do seu aniversário, na faculdade de arquitetura, aonde esteve a trabalhar para a associação académica, numa “tremoçada”. Um DJ cantou-lhe os parabéns, sorriu, com as lembranças.

Nas férias viu muitos filmes e ontem esteve num Flash Mob no Strada, no âmbito do seu grupo de dança. Falou que vai haver uma competição no pavilhão de Odivelas no domingo, está um bocadinho ansiosa. Vai trazer imagens? Talvez.

A MEDUSA falou das férias sem grande entusiasmo. Esteve uma semana com a tia e outra com na aldeia da sua avó.

Os pais encontraram uma “M” na Suíça, que também esteve na sua escola atual e concluíram em conversa com a comunidade local, que era melhor a MEDUSA, só ir para lá com o 12º ano. Parece conformada, mas mesmo assim triste?

O NEREU fala das férias inteiras a jogar LOL, RPG, ..., sem sair de casa. Continua a dizer que não sabe aonde é o estágio...

O HIPNOS também esteve sempre em casa apenas foi ao CCB, numa sessão sobre o 25 abril visto por jovens, apresentar uma animação feita por si com a música do “E depois do Adeus” e colagens.

O terapeuta R começou a falar dirigindo-se ao TIFÃO que na sessão anterior (das pizzas) que após a saída do TIFÃO, o grupo tinha falado do assunto. Sempre a reforçar que é bem-vindo ao grupo, que percebemos as dificuldades, ele respondeu algo como que “a seguir ia para um sítio e não podia sujar-se e porque tinha farinha na roupa já não foi”. Restantes elementos calados, fiquei à espera que a MEDUSA falasse algo, para tentar resolver a situação! mas não (ficou imóvel). Todos ficaram calados, depreendo que não desejam a confrontação (que o TIFÃO tenta que aconteça?).

No final TIFÃO, de rosto fechado e triste, saiu da sala, para ir jogar à bola no exterior.

Dramatização:

O terapeuta R sugeriu a TERPSICORE que escolhesse algo para fazer, música, jogo, o que quisesse... Como ficou muito indecisa.

O R propôs uma adaptação do Jogo da Cabra Cega, em que de olhos vendados a TERPSICORE era guiada pela MEDUSA até aos restantes elementos que lhe diziam algo...

Foi bem evidente o seu sorriso, deixou-se guiar sem resistência, no final referiu qualquer coisa como “eu resisto aos vossos comentários”.

3º Partilha: (muito ansiado)

O aniversário da TERPSICORE: trouxe um bolo enorme cheio de chantilly. O TIFÃO não esteve, foi-se embora mais cedo.

O momento foi de partilha, o grupo bem ligado, a divertirem-se uns com os outros, O HIPNOS estava mais eufórico do que é costume, foi o primeiro a vir para a cozinha. Cantou-se os parabéns (a MEDUSA não cantou) referiu que não gosta de cantar parabéns.

Comentário Reflexivo:

Nesta sessão e já o tinha sentido na última antes das férias, o grupo (sem o TIFÃO) está muito bem interligado. Que se divertem juntos. Têm muitos pontos de contato, pessoais e sociais. Nas sessões saem com os rostos abertos (talvez se sintam reconhecidos positivamente pelos restantes). Aqui podem ser eles mesmos, sem se sentirem avaliados.

O TIFÃO é neste momento o elemento em grandes dificuldades de integração. Nos momentos de partilha de comentários, fala para ele mesmo. Depois dirige a sua agressividade para o HIPNOS que “a engole” e aparentemente não reage.

Quando é que o TIFÃO esteve melhor? Olhando as sessões anteriores, houve uma em que se escreveu um texto a várias mãos em que o TIFÃO, quase monopolizou e escreveu muito $\frac{3}{4}$ texto (estava com a MEDUSA e o NEREU, passivos). Escreveu sobre (“Miguel Ângelo” uma tartaruga ninja que matava e atirava as vítimas para o vulcão). Não teve dificuldades e foi-lhe muito fácil escrever. Sempre que implica atividades de cooperação, muito mais difícil. Também quando assistia ao filme Zombieland estava muito motivado nas cenas de ação e acompanhava o personagem central como se ele mesmo lá estivesse. Quando baixava a tensão protestava.

Na sessão e catarse da TERPSICORE, sentiu-se identificado com muito do que ela disse, só participou nos comentários, mas fez uma transposição direta para a sua história pessoal.

Tenho a sensação de que o TIFÃO terá de ver-se sempre através de “um espelho” porque falar/ agir na primeira pessoa é muito insuportável e causa-lhe muito sofrimento. E tem um desejo imenso de reconhecimento, de ser especial, de ser muito bom em algo. Será que conseguiremos dar-lhe esse prazer?

Grelha de Observação

Sessão nº: 13		Local: Hospital de dia	Material: colchões, almofadas, trampolim, lenços, mesa de refeições, bolo			
Terapeutas: R Coterapeuta: D Coterapeuta: A	Hora: 17h30 Duração: 90 min.	Espaço: sala ampla/cozinha				
Indicador de Forças 1		Pontuação itens				
Habilidades de Participação no Jogo: <u>Definição: Uso de atividades conforme as necessidades de alegria, entretenimento e desenvolvimento por parte das crianças.</u>		1 nunca adequado 2 levemente adequado 3 moderadamente adequado 4 substancialmente adequado 5 completamente adequado				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Grau de participação no jogo		5	1	3	4	2
Uso de habilidades sociais durante o jogo		5	1	3	4	2
Expressão de emoções durante o jogo		3	2	3	3	2
Uso desempenho de papéis		5	1	3	4	2
Uso da imaginação durante o jogo		5	1	3	4	2
Pontuação total		23	6	15	19	10
Indicador de Forças 2		Pontuação itens				
Habilidades de Interação social: <u>Definição: o uso que o individuo faz de comportamentos eficazes de interação.</u>		1 nenhum 2 limitado 3 moderado 4 substancial 5 extensivo				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Revelação		4	2	3	3	3
Recetividade		4	1	3	3	3
Cooperação		4	1	4	4	3
Estabilidade		4	1	3	3	3
Positividade		3	1	4	2	2
Pontuação total		19	6	17	15	14

14ª Sessão de grupo terapêutico

O Grupo: Terapeuta R, Coterapeuta D, Coterapeuta A, MEDUSA, TERPSICORE, TIFÃO, NEREU (ausente), HIPNOS (ausente)

Estrutura da sessão

Prelúdio

Aquecimento:

Comentários sobre a semana anterior

Dramatização:

Um *storytelling*: **Expressão escrita criativa, com música escolhida por eles como “pano de fundo”**

Partilha:

Lanche

Prelúdio:

O terapeuta R tem uma conversa em privado com o TIFÃO. (estive como observadora, após consentimento deste).

A conversa começou sobre as 2 sessões anteriores e como o TIFÃO se tinha sentido. Responde que ficou “chateado com a MEDUSA, por causa da farinha na cara”. O terapeuta R, recoloca a questão dizendo que isso tinha um mês e então porque continuava zangado? Que entende as suas zangas, e que no grupo é sempre bem-vindo (argumento repetido em muitas sessões).

Fala que esteve com a sua médica, o TIFÃO refere que a medicação o coloca a dormir nas aulas, que alguns professores já tinham feito observações sobre isso.

No final o terapeuta R fornece-lhe uma lista de possíveis escolas profissionais para poder fazer uma pré reserva, parece muito interessado. Levou a lista de cursos/escolas e vai falar com os pais.

Aquecimento: A conversa sobre a semana anterior

A MEDUSA continua reservada e triste. Por sugestão mostrou os seus diários gráficos, ao grupo. Antes falou-se de blogues, vlogues, filmes youtube. (refuta as ideias de mostrar os seus trabalhos, teria de se mostrar, nem pensar. Não tem nada para mostrar.) O TIFÃO quando desfolha o caderno da MEDUSA, manifesta admiração, comenta que se desenhasse assim....

Eu vejo que têm muitos rostos, masculinos e femininos, sempre com expressões de dor, profundidade. Algumas têm os seus olhos que faz questão de sublinhar com maquilhagem, uma sombra avermelhada que se esbate pelas pálpebras. No seu diário tem uma mulher com cara e cabelos vermelhos. Antes da sessão tinha dito que já tem multibanco e autorização dos pais para pintar o cabelo, que vai ser azul.

Eu penso que ela deseja que esta mudança radical comece de fora e vá para dentro (como por magia, o azul invada os seus pensamentos cinzentos).

A TERPSICORE continua com a boa disposição da semana anterior, começa por dizer que não aconteceu nada de especial (desvaloriza o que lhe acontece). Por insistência do grupo acede a falar do campeonato de dança. Não tem (ainda!) imagens. Tiveram uma menção honrosa de prata. A mãe não assistiu.

Também falou de uma memória passada na Amadora, em que um rapaz a aborda para a assaltar, mas que afinal era um colega de escola e ambos se reconhecem e ficou tudo bem (Amadora é um território sentido como seguro).

O TIFÃO fala de filmes que põe no seu canal youtube (importante! tem uma forma de registar as imagens dos seus jogos sem ser visto). Fala que só lhe apetece jogar. Aos sábados vai para aulas de inglês toda a manhã. Mas se pudesse levantava-se às 4 da manhã para jogar.

Penso: nos jogos vive-se, mata-se, ultrapassa-se desafios e como por magia ninguém nos vê. É bem mais fácil que a nossa vida, a família, a escola, os outros...e todos nos julgam.

Dramatização:

Escolha de músicas, (andam muitas vezes com os mesmos temas na cabeça, *Supremacy* (o TIFÃO fala muito neste tema) *MUSE*, *SLIPKNOTE*, outros...

A atividade passa por continuarem 3 letras (primeira estrofe) de 3 músicas. Estão em inglês.

Começam a escrever individualmente. A TERPSICORE escreve muito rapidamente e vira a folha ao contrário (é implícito que ninguém possa ler?)

O TIFÃO e a MEDUSA demoram-se mais na escrita. Quando finalmente terminaram começaram a ler, primeiro o TIFÃO.

Usando a letra escolhida, TIFÃO fala de um encontro com alguém a quem juntamos forças para se vingarmos, e renascermos (escreve todo o texto em inglês)

A MEDUSA usa o texto e escreve também em inglês, para falar, tipo manifesto político e pessoal, de pessoas que se libertam do sistema capitalista e são livres para serem elas próprias (está a falar do seu desejo interior de aparecer, embora esteja sempre a dizer que não quer que os “projetores” incidam nela, vive nesta aparente contradição).

A TERPSICORE reproduziu exatamente o mesmo texto e a seguir colocou “*Amadora Forever*”. Não quis expor-se fala do cartaz que fez e que não quer voltar a expor-se daquela maneira “não serve para nada?”, a ferida aberta não sarou...

Partilha:

De novo na cozinha a comer os restos do bolo da semana anterior. O TIFÃO participou, só comeu bolachas de alfarroba que tinha trazido, mas esteve bem integrado na conversa.

Comentário reflexivo:

Penso que a sessão foi libertadora para a MEDUSA e para o TIFÃO, que também fez as pazes com ela. O *storytelling* começado com uma letra de música permitiu-lhes distanciarem-se, trazendo a suas vivências para o grupo, sem se exporem a falar diretamente de si. O efeito final acabou por ter algo de catártico (para 2 deles).

A TERPSICORE não aderiu ainda está fresca a memória do cartaz (as águas revoltas que suscitou) ainda não sossegaram. Não quer perder o controlo.

Penso que deveria um destes dias protagonista de algo em que esteja muito confortável? talvez a dança?

Não posso de deixar de pensar que já me aconteceu o mesmo com uma sessão do grupo de sociodrama e que só sosseguei quando fiz algo de reparador, sinto alguma transferência em relação à TERPSICORE, uma enorme vontade de ser maternal com o TIFÃO, mas sinto-me distante da MEDUSA.

Grelha de Observação

Sessão nº: 14		Local: Hospital de dia	Material: colchões, almofadas, folhas a4, marcadores			
Terapeutas: R Coterapeuta: D Coterapeuta: A	Hora: 17h30 Duração: 90 min.	Espaço: sala ampla/cozinha				
Indicador de Forças 1		Pontuação itens				
Habilidades de Participação no Jogo: <u>Definição: Uso de atividades conforme as necessidades de alegria, entretenimento e desenvolvimento por parte das crianças.</u>		1 nunca adequado 2 levemente adequado 3 moderadamente adequado 4 substancialmente adequado 5 completamente adequado a)ausente				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Grau de participação no jogo		3	4	a	4	a
Uso de habilidades sociais durante o jogo		3	4	a	4	a
Expressão de emoções durante o jogo		2	4	a	4	a
Uso desempenho de papéis		2	4	a	4	a
Uso da imaginação durante o jogo		2	4	a	4	a
Pontuação total		12	20	a	20	a
Indicador de Forças 2		Pontuação itens				
Habilidades de Interação social: <u>Definição: o uso que o individuo faz de comportamentos eficazes de interação.</u>		1 nenhum 2 limitado 3 moderado 4 substancial 5 extensivo a)ausente				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Revelação		2	4	a	5	a
Recetividade		2	4	a	4	a
Cooperação		3	4	a	5	a
Estabilidade		4	3	a	4	a
Positividade		3	3	a	2	a
Pontuação total		14	20	a	20	a

15ª Sessão de grupo terapêutico

O Grupo: Terapeuta R, Coterapeuta D (ausente) Coterapeuta A, TERPSÍCORE, TIFÃO (ausente), MEDUSA, HIPNOS, NEREU

Estrutura da sessão

Aquecimento:

Comentários sobre a semana anterior

Dramatização:

“Vamos construir um personagem!”: **Oficina de expressão escrita**

Aquecimento: A conversa sobre a semana anterior

A TERPSICORE mostrou fotos, da sua apresentação no grupo de dança. Estava muito satisfeita com o resultado era bem evidente na expressão facial, o que contrastava com os seus comentários, em que tentava minimizar o que fazia. Mas no final, lá acabou por referir que se esforçava e, portanto, tinha de fazer aquilo bem. Certo?

Dramatização:

O desafio foi, individualmente, construir um personagem com nome, idade, lema de vida, outros. Embora em grupo, foi um trabalho de introspeção, muito concentrados nos seus personagens. Exceto HIPNOS que esteve quase toda a sessão deitado (a dormir?) e só mesmo no final escreveu algo de forma apressada.

Comentário Reflexivo:

Esta sessão ocorreu no meio da minha ida ao congresso de psicodrama, vinha com a cabeça a fervilhar de ideias. E até porque a sessão não exigiu muito dos terapeutas, deu-me tempo para refletir. Nesta altura perguntava-me porque o terapeuta R embora com formação em sociodrama, utiliza apenas algumas técnicas e prefere fazer uma sessão indo buscar outras técnicas, sendo que a sua formação em teatro se faz sentir na forma como conduz o grupo.

Em relação aos jovens pareceu-me evidente que o HIPNOS está “muito centrado nas suas angústias” e por isso adota uma posição em que só está em corpo. Os restantes jovens entraram nos papéis muito facilmente

Grelha de Observação

Sessão nº: 15		Local: Hospital de dia	Material: colchões, almofadas, folhas a4, marcadores			
Terapeutas: R Coterapeuta: D Coterapeuta: A	Hora: 17h30 Duração: 90 min.	Espaço: sala ampla				
Indicador de Forças 1		Pontuação itens				
Habilidades de Participação no Jogo: <u>Definição: Uso de atividades conforme as necessidades de alegria, entretenimento e desenvolvimento por parte das crianças.</u>		1 nunca adequado 2 levemente adequado 3 moderadamente adequado 4 substancialmente adequado 5 completamente adequado a)ausente/ na)não avaliável				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Grau de participação no jogo		4	a	2	na	na
Uso de habilidades sociais durante o jogo		4	a	2	na	na
Expressão de emoções durante o jogo		4	a	2	na	na
Uso desempenho de papéis		4	a	2	na	na
Uso da imaginação durante o jogo		4	a	2	na	na
Pontuação total		20	a	10	na	na
Indicador de Forças 2		Pontuação itens				
Habilidades de Interação social: <u>Definição: o uso que o individuo faz de comportamentos eficazes de interação.</u>		1 nenhum 2 limitado 3 moderado 4 substancial 5 extensivo				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Revelação		4	a	2	na	na
Recetividade		4	a	2	na	na
Cooperação		4	a	2	na	na
Estabilidade		4	a	2	na	na
Positividade		2	a	2	na	na
Pontuação total		18	a	10	na	na

16ª Sessão de Grupo terapêutico

O Grupo: Terapeuta R, Coterapeuta D, Coterapeuta A, TERPSÍCORE, TIFÃO, MEDUSA, HIPNOS, NEREU.

Estrutura da sessão

Aquecimento:

Comentários sobre a semana

Dramatização:

“Vamos apresentar um personagem!”: **Jogo simbólico verbal**

Aquecimento: A conversa sobre a semana

(Nota de observação: A TERPSICORE apareceu nesta sessão com umas madeixas nas pontas cor pink). Refere que queria que fossem azuis!

Falou da escola. Talvez mudasse para o rainha D Leonor?? Não parecia muito convicta. Mas também não fala do que a liga à atual escola de forma explícita.

As notas foram 4 negativas (todas da área das ciências)? E depois revela que é a melhor aluna a português, francês, inglês, história. Grande dicotomia! (expressão minha). Agora, está em explicações (O TIFÃO pergunta como aguenta a todas essas disciplinas?) Remete-se sempre para ele.

O HIPNOS pela primeira vez revela que desde o início do ano que tinha decidido chumbar. Que no próximo ano vai mudar para uma escola perto da atual, mas para um curso vocacional com fotografia, descobriu o curso nuns folhetos e depois foi visitar a escola e decidiu inscrever-se. Está disfórico, ri sem parar (talvez demais) parece atordado.

O TIFÃO fala das decisões para o próximo ano, talvez ciências ou economia na atual escola “o Filipa” ou mudar de escola para um curso profissional de

tecnologia (expressão dele) o terapeuta R reforça a ideia, precisando que seria de informática, parece muito dividido (talvez advenha de conversas com os pais).

Apesar disso está menos tenso que nas anteriores sessões. Fala das notas que vieram a melhorar desde o 1º período.

A MEDUSA está desde o início da sessão colocada junto a um canto da sala, agarrada a uma almofada, chega a fechar os olhos (parece preocupada com algo, triste) quando chega a vez dela, fala de um encontro, nesta semana, com uma amiga e um amigo “do Maria Amália”, que deixou nessa escola quando lá esteve a fazer o 10º ano de ciências. Não sentiu nada de especial, em estar com eles. Diz que a amiga tinha tido uma depressão.

O terapeuta R reforça que ela está melhor que ali pode demonstrar o que sente, que está menos compartimentada. Também falou de que vai visitar os pais entre 8 e 19 de junho (não parece muito entusiasmada? digo EU).

O NEREU o costume, pouco a dizer, está de férias, passa a maior parte do tempo em casa a jogar. Está de férias até julho e depois vai para o estágio, o TIFÃO não sabia onde? Responde-lhe “*nos Açores, num barco*”. O terapeuta R reforça que o NEREU está a fazer curso de mecânica naval e, portanto, o estágio será como auxiliar de máquinas.

Entretanto o TIFÃO vai construindo, por escrito, o seu personagem (porque não tinha estado na sessão anterior) ...

Dramatização:

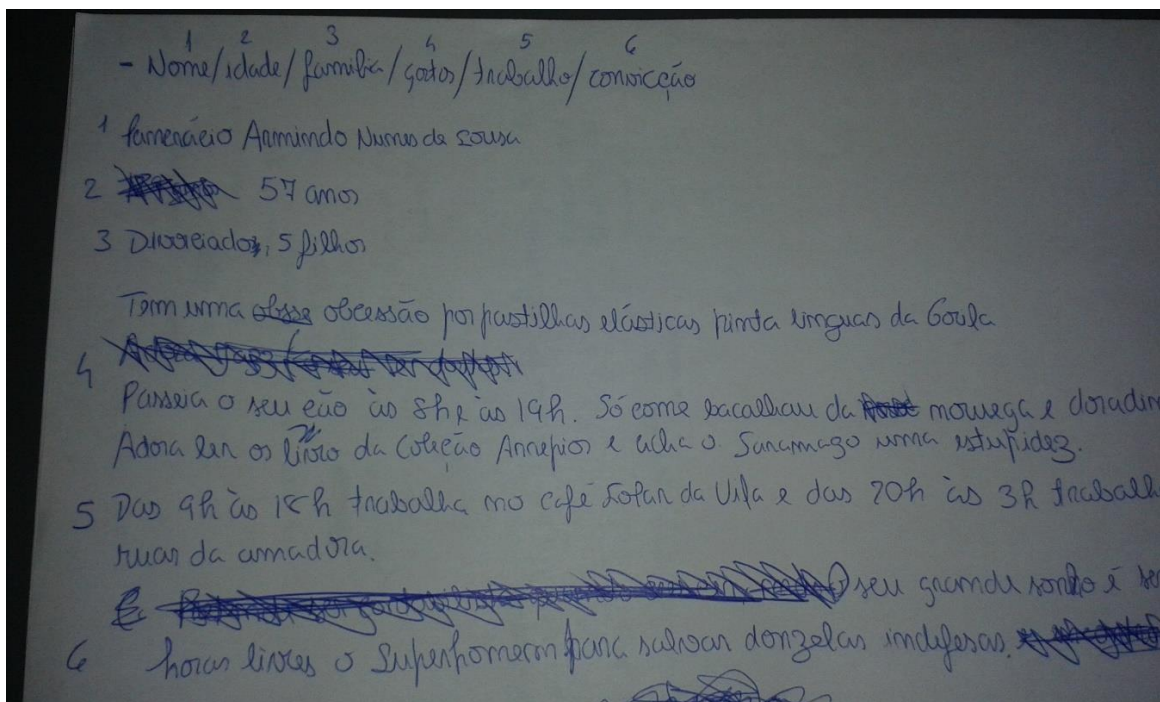
Cada um lê o seu personagem.

A TERPSICORE consegue rir do seu personagem: - o Pancrácio e refere: - “*ele é da minha família tem os meus apelidos Nunes de Sousa*”. Na sessão anterior pensei ser a figura do pai, agora não, ela falou dos gostos como sendo dela (coleção Arrepios e douradinhos do capitão Iglo).

É uma figura masculina que tem uma vida muito banal, mas que depois (à noite) transcende-se (“salva donzelas indefesas”). É a história da lagarta e da borboleta? (digo eu). A TERPSICORE na medida em que se sente confortável no grupo, está como num enigma a dar-nos pistas (a transformação que ele faz do dia para a noite, pode ser o desejo de ser reconhecida por algo verdadeiramente importante na vida?). O Pancrácio é do género masculino (a TERPSICORE não se veste de forma muito feminina, mas as madeixas *pink* são bem femininas e visíveis).

O riso da TERPSICORE é de escárnio, sempre. Ela tem a capacidade de se rir de si própria (algo muito libertador). Mas também a desvalorização que faz de si, é gritante. Quando fala de supostas negas em ciências e melhor aluna em letras? quando está nos espetáculos que correm sempre bem? Sendo ela um dos personagens centrais (ladrão, no espetáculo do Sherlock).

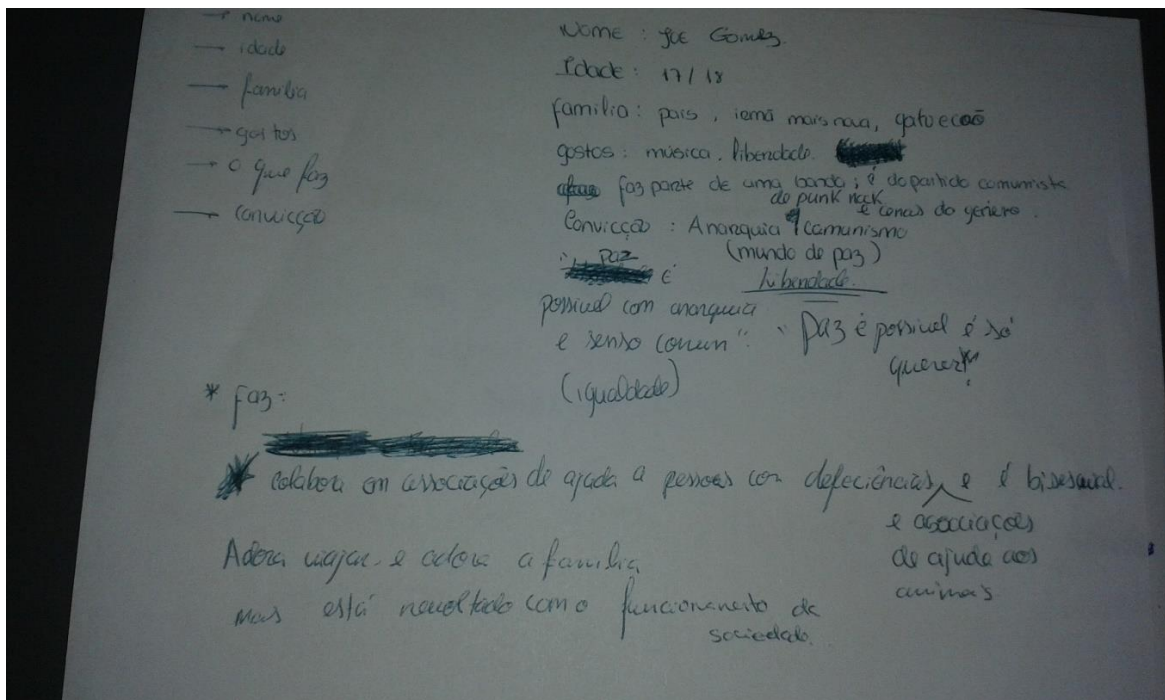
Quase a precisar de um espelho que todos os dias lhe devolvesse as mesmas frases “Sim TERPSICORE tu consegues, sim TERPSICORE tu és boa em muitas coisas que fazes, sim TERPSICORE tu és linda”.



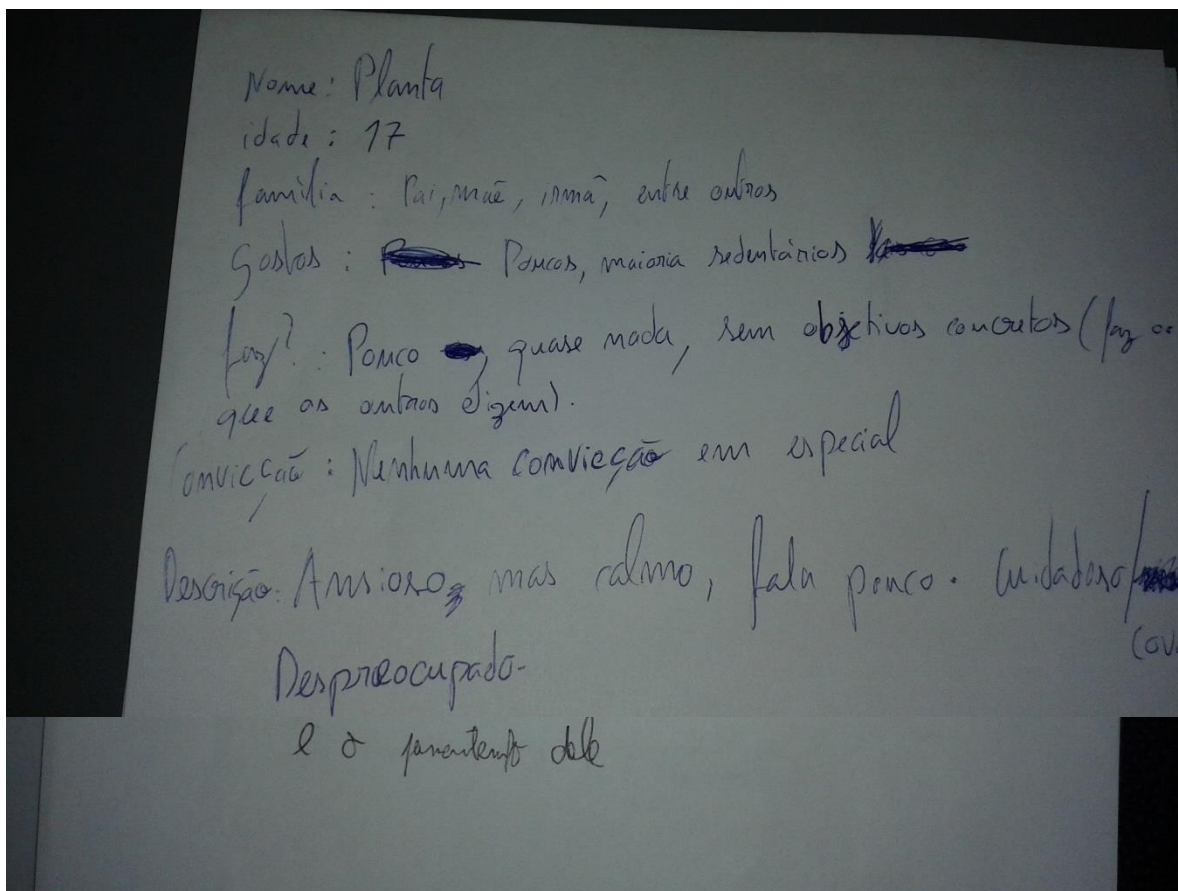
A MEDUSA estava com muita vontade de ler o seu personagem (Joe Gomez).
Voz sentida, vibrante e triste.

Embora na sessão anterior eu tivesse pensado que era ela. Agora veio a revelação é um irmão imaginário! (penso eu), mas clonado da MEDUSA. *Que felicidade se pudessemos ter um irmão= (uma soul mate) exatamente com os mesmos gostos e ideais que nós. (penso eu).*

A MEDUSA tem uma melancolia permanente, sendo que se acentua mais quando está mais introspetiva. O seu olhar é cálido, profundo e escuro.



O TIFÃO construiu, ainda nesta sessão, o seu personagem e apresentou-o



assim:

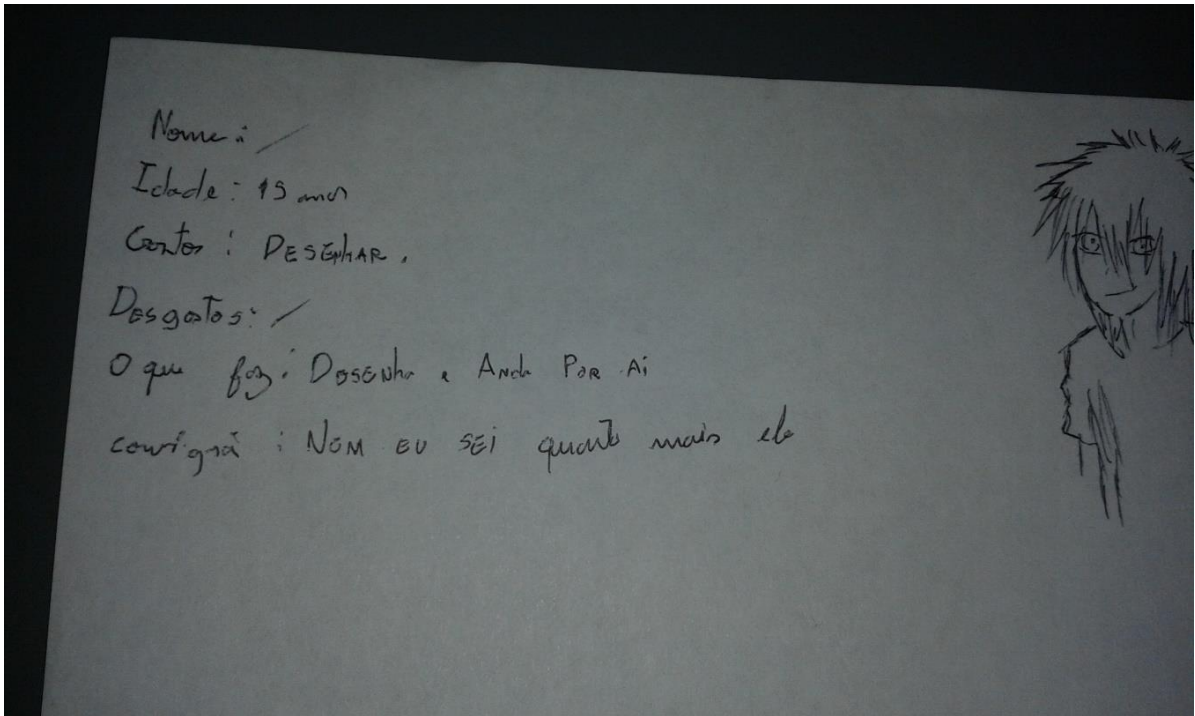
Nota: Inkling é segundo o dicionário: a feeling that something is true or likely to happen, although you are not certain

Mas também é um jogo com uns personagens (inklings) cujo objetivo é atacar com cores, e assim ganhas.

As Turf Wars são do jogo Minecraft.

A personagem do NEREU foi apresentada assim :

O personagem do HIPNOS surgiu assim:



Comentário Reflexivo:

Esta sessão foi muito marcante para mim uma vez que os sinto cada vez mais envolvidos com o grupo a ponto de partilharem através das suas personagens, aspetos bem profundos das suas vivências. A MEDUSA fez uma projeção de alguém (irmão imaginário) que partilha os seus ideais, parece a necessidade de encontro com alguém com quem mantenha um vínculo (que na sua vida são escassos).

A TERPSICORE projeta-se pelo personagem com quem partilha gostos, mas que é por via de um humor auto depreciado, tal como ela se sente vista pelos outros.

O NEREU e o HIPNOS, os personagens servem-lhe de espelho, são plasmadas nas suas histórias pessoais.

O TIFÃO é menos claro, cria um personagem muito simples (de um jogo que usa a cor para atacar). Não consegue fazer o movimento de se projetar e a suas fantasias são muito escassas.

Grelha de Observação

Sessão nº: 16		Local: Hospital de dia	Material: colchões, almofadas, folhas a4, marcadores			
Terapeutas: R Coterapeuta: D Coterapeuta: A	Hora: 17h30 Duração: 90 min.	Espaço: sala ampla				
Indicador de Forças 1		Pontuação itens				
Habilidades de Participação no Jogo: <u>Definição: Uso de atividades conforme as necessidades de alegria, entretenimento e desenvolvimento por parte das crianças.</u>		1 nunca adequado 2 levemente adequado 3 moderadamente adequado 4 substancialmente adequado 5 completamente adequado				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Grau de participação no jogo		5	5	5	5	5
Uso de habilidades sociais durante o jogo		5	3	3	4	4
Expressão de emoções durante o jogo		5	3	3	4	4
Uso desempenho de papéis		5	5	4	5	5
Uso da imaginação durante o jogo		5	4	4	5	5
Pontuação total		25	20	19	23	23
Indicador de Forças 2		Pontuação itens				
Habilidades de Interação social: <u>Definição: o uso que o individuo faz de comportamentos eficazes de interação.</u>		1 nenhum 2 limitado 3 moderado 4 substancial 5 extensivo				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Revelação		5	3	3	5	5
Recetividade		5	4	3	5	5
Cooperação		5	4	4	5	5
Estabilidade		5	4	4	4	4
Positividade		2	3	3	3	3
Pontuação total		22	19	17	22	22

17ª Sessão de grupo terapêutico

O Grupo: Terapeuta R, Coterapeuta D, Coterapeuta A, TERPSÍCORE, TIFÃO, MEDUSA, HIPNOS, NEREU (ausente).

Estrutura da sessão

Aquecimento:

Comentários sobre a semana

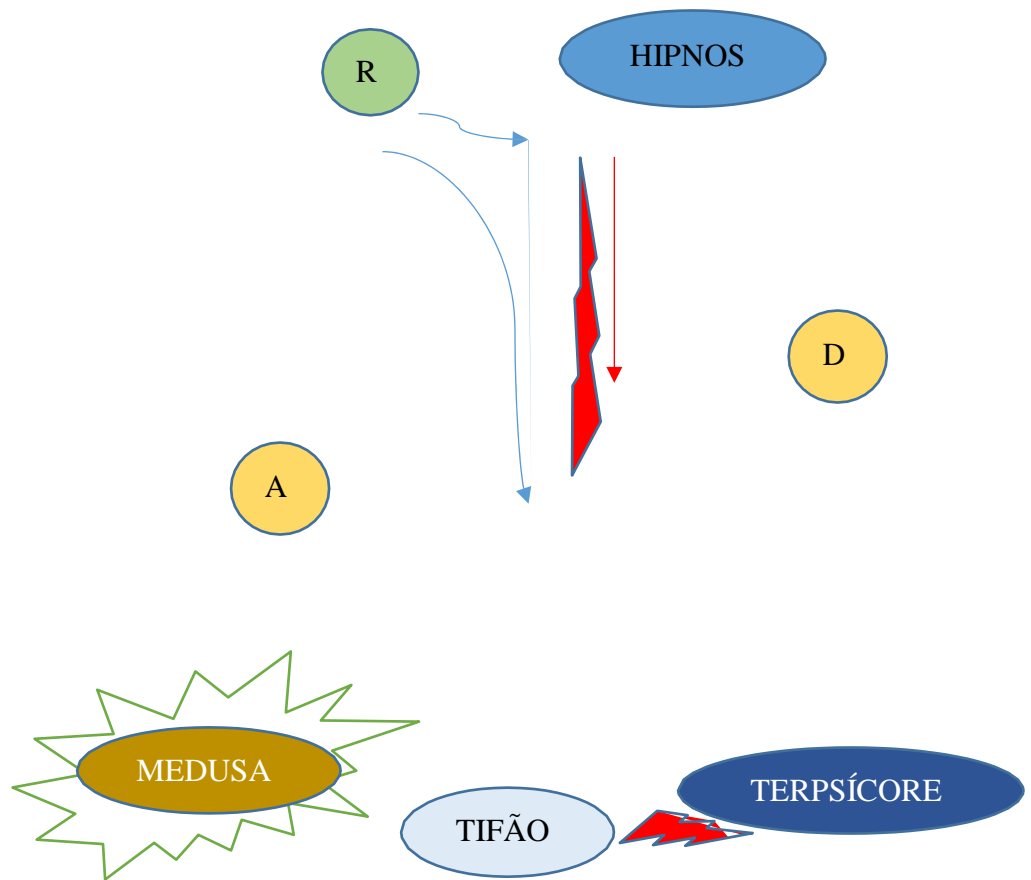
Dramatização:

Vamos representar os nossos personagens?

Aquecimento: Comentários sobre a semana

O NEREU não veio. Estavam a TERPSICORE, MEDUSA, HIPNOS, TIFÃO o terapeuta R, a coterapeuta D e eu.

Todos sentados.



Legenda:

Relação muito tensa do TIFÃO para a TERPSICORE

Relação tensa do TIFÃO para o HIPNOS, resposta menos tensa do HIPNOS

A MEDUSA a tentar isolar-se da cena e a ficar muito tensa

O terapeuta R a baixar o excesso de aquecimento do grupo

A cena começou com o TIFÃO a enviar bolas com muita força para todos os cantos da sala, mas sobretudo para o HIPNOS, foi o último a sentar-se na almofada. Já vinha a dizer alguns palavrões, lá fora antes da sessão já tinha começado a dizê-los, já sentado começou a insinuar que a mãe da TERPSICORE era prostituta (...) a TERPSICORE riu-se, não respondeu verbalmente. E fez uns olhos atónitos, contorceu-se, no canto aonde estava.

O TIFÃO começou um discurso muito fechado sobre si próprio, sobre o fato de estar em risco de chumbar de ano porque está com negativa a matemática e a português.

A TERPSICORE que de imediato se sentiu tocada pelo assunto, disse qualquer coisa, sobre as suas negativas e o TIFÃO ativou as suas defesas maníacas, desvalorizando ostensivamente as outras escolas, a falar da sua escola, de que as boas notas da TERPSICORE só são possíveis numa escola de “merda”. Que na sua escola é uma vergonha chumbar.

O HIPNOS também fala de que decidiu chumbar e o TIFÃO sente-se agredido por este discurso, o terapeuta R adivinha-lhe o pensamento, e reforça a ideia de que quem se esforça e não consegue, sofre mais do que quem desiste. Fala-lhe da mãe que estava lá fora.

Mas o TIFÃO não pára e o terapeuta R decide retirá-lo da sessão. Desce de imediato, a tensão no grupo.

Continuamos, eu e a Coterapeuta D que inicia a conversa. A TERPSICORE fala da negativa a matemática que talvez consiga recuperar.

O HIPNOS refere estar a sentir-se bem com a decisão que tomou, de terminar o 9º ano com um curso de fotografia. Que a mãe pode ficar desempregada na próxima semana, o que o deixa um bocadinho preocupado.

A MEDUSA tinha estado muito desconfortável com a cena do TIFÃO. Estava quase escondida atrás do piano que está na sala, enroscada e com vontade de desaparecer.

Falou da decisão, já tomada, de ir para a área de construção de cenários. Que lhe serve para fazer filmes, que talvez possa tirar o curso superior de cinema. Referiu também que nas aulas de educação física, estão a fazer dança, e que ela só costuma dançar às escuras para que nem ela própria se ver. Tudo o que é mais de 5 pessoas já é muita gente. Então, nas ultimas 2 aulas ficou no chão sentada, não participou.

Os terapeutas reforçam a possibilidade de ela falar das suas dificuldades à professora. Está com receio de baixar a nota e a média por isto.

Também falou do dia em que não houve aulas, ficou na cama até mais tarde (os amigos tinham-lhe pedido para os avisar se não houvesse aulas, mas não fez nada). Só saiu de casa para falar com uns amigos que se tinham zangado (havia um que tinha revelado algo de pessoal).

Da pressão dos últimos dias de escola, do portefólio que tem de entregar. Continua imersa na sua longa melancolia.

Não fala quase nada da sua família, não fala da sua viagem de duas semanas em junho à Suíça.

Dramatização:

Entretanto terapeuta R retorna à sala com o TIFÃO (menos agitado, mas fâcias muito triste, como sempre).

Para baixar a tensão o terapeuta R inicia um jogo de bola em círculo.

Resulta

bem, todos se envolvem e descomprimem as tensões prévias.

O TIFÃO acaba por sair de novo.

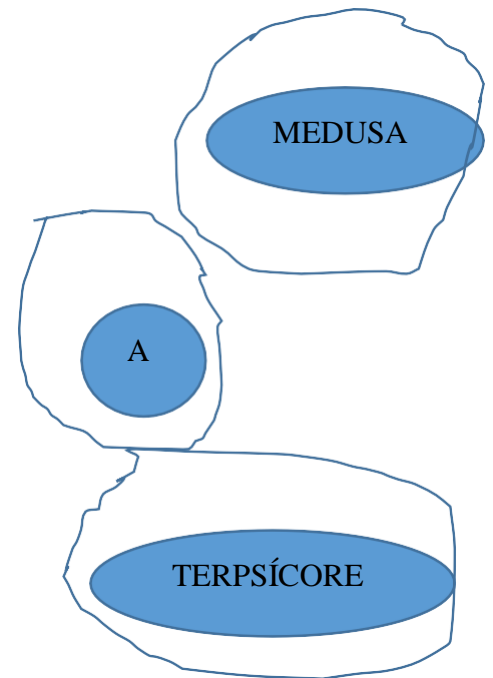
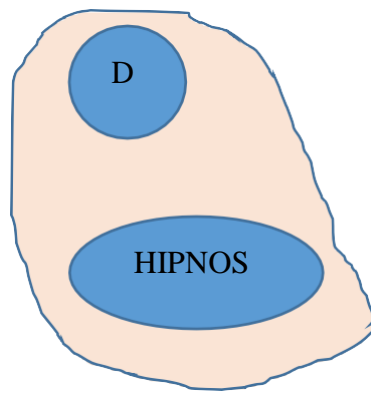
Para encenarem os personagens, são colocadas caixas com adereços, alguns pegam em peças dispersas, mas não aderem.

O Terapeuta R pede nova atividade, colocarem-se na sala em linhas imaginárias de 1 a 10. Em que 1 é relaxado e 10 muito tenso.

10
muito
tenso

Num segundo momento cada um, disse uma palavra que refletisse o que estava a sentir e depois ia fazer uma estátua (podia usar adereços) do que estava a sentir. Fui juntar-me ao grupo dos tensos.

Os dois de mãos dadas
com adereços de perucas e
óculos, posição zen
de descontração



Coterapeuta A dando murros numabola,
a TERPSÍCORE e a MEDUSA
sentadas, fechadas aos outros

No final todos sentados de novo juntos o HIPNOS inicia um tema: “porque estamos aqui?” E fala da sua anterior tentativa de suicídio. A TERPSICORE diz porque tenho uma doença!!! (bem pronunciado, a fazer quase um grito de desespero).

Apareceu o tema das sessões estarem a acabar e depois não haver suporte, a TERPSICORE falou de que a sua médica, não tinha agenda para ela. O terapeuta R referiu que ele estava lá todo o verão, e que daria o suporte que fosse necessário.

Comentário reflexivo

Foi uma sessão difícil para os jovens, com muitos pontos de tensão, a surgir. A melancolia da MEDUSA, a irritabilidade contida da TERPSICORE, a desorganização do TIFÃO, a aparente descontração do HIPNOS.

Surpreendentemente eu sinto-me mais integrada no grupo, e mais confiante no que possa surgir no interior do grupo. Com isto quero dizer que no início eu sentia uma espécie de pânico, só de pensar que as interações dentro do grupo poderiam ficar fora de controle, que poderiam ter repercussões negativas nos jovens. Mas não, à medida que o processo terapêutico evolui, mesmo com avanços e recuos, existe uma linha ténue que nos une e que permite a estes jovens poderem ser mais eles, e menos a sua máscara social. Embora muitas vezes isso implique uma certa desorganização. No caso do TIFÃO o que eu sinto é que sempre ocorre a possibilidade de se integrar e estabelecer vínculos, ele reage com mecanismos de fuga e ataque.

Grelha de Observação

Sessão nº: 17		Local: Hospital de dia	Material: colchões, almofadas, perucas, óculos, bolas			
Terapeutas: R Coterapeuta: D Coterapeuta: A	Hora: 17h30 Duração: 90 min.	Espaço: sala ampla				
Indicador de Forças 1		Pontuação itens				
Habilidades de Participação no Jogo: <u>Definição: Uso de atividades conforme as necessidades de alegria, entretenimento e desenvolvimento por parte das crianças.</u>		1 nunca adequado 2 levemente adequado 3 moderadamente adequado 4 substancialmente adequado 5 completamente adequado a.ausente				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Grau de participação no jogo		4	1	5	4	a
Uso de habilidades sociais durante o jogo		4	1	5	2	a
Expressão de emoções durante o jogo		4	1	3	3	a
Uso desempenho de papéis		4	1	5	3	a
Uso da imaginação durante o jogo		4	1	5	3	a
Pontuação total		20	5	23	15	a
Indicador de Forças 2		Pontuação itens				
Habilidades de Interação social: <u>Definição: o uso que o individuo faz de comportamentos eficazes de interação.</u>		1 nenhum 2 limitado 3 moderado 4 substancial 5 extensivo a.ausente				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Revelação		5	1	5	3	a
Recetividade		4	1	4	3	a
Cooperação		4	1	4	3	a
Estabilidade		4	1	4	2	a
Positividade		2	1	4	2	a
Pontuação total		19	5	21	13	a

18ª Sessão de grupo terapêutico

O Grupo: Terapeuta R, Coterapeuta D, Coterapeuta A, TERPSÍCORE, TIFÃO (ausente), MEDUSA, HIPNOS, NEREU (ausente)

Estrutura da sessão

Aquecimento:

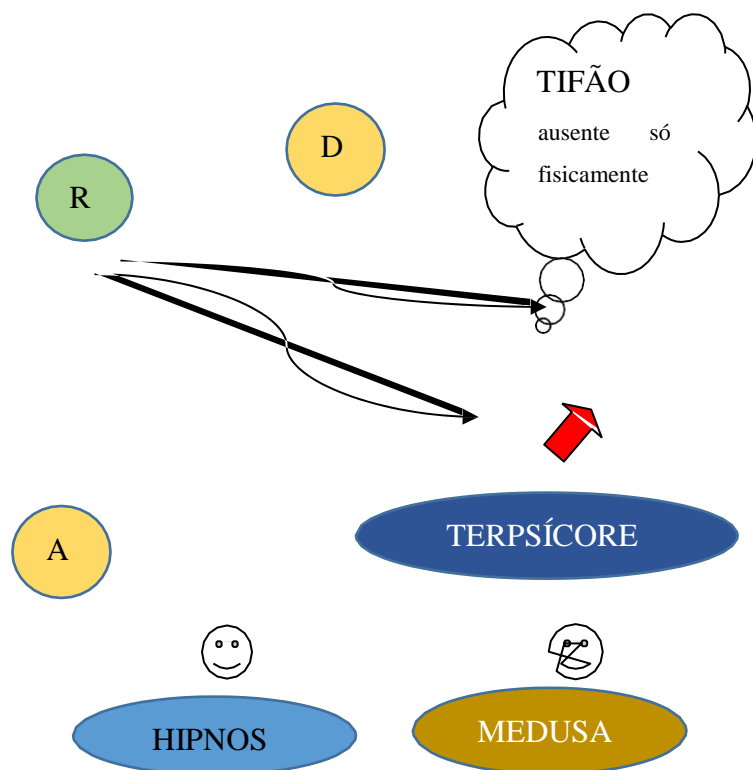
A conversa sobre a semana

Dramatização:

Um velório: **Jogo simbólico motor**

Aquecimento: A conversa sobre a semana

O NEREU não veio (foi ao concerto dos *Guns & Roses*) o TIFÃO também não, (está com problema gastrointestinal). Estavam a TERPSICORE, MEDUSA, HIPNOS, o terapeuta R, a coterapeuta D e eu. Todos sentados.



Legenda:

Relação muito tensa da TERPSÍCORE para o TIFÃO (ausente fisicamente, mas muito presente no grupo)

O terapeuta R a proteger a TERPSÍCORE e o TIFÃO

A TERPSÍCORE falou que ainda bem que o TIFÃO não estava porque antes tinha sido muito ofensivo. Que utilizava coisas que se tinha dito, para insultar as pessoas. Que não queria falar do que ele lhe disse. Depois falou da semana, da recuperação das notas.

A MEDUSA descreveu pormenorizadamente a surpresa da vinda da mãe, que apareceu num belo dia no café ao pé de casa. Estava radiante, a mãe vinha para a acompanhar na viagem de avião... E tinham dormido as duas na sala numa cama improvisada.

Na próxima semana não vai estar no grupo porque vai à Suíça estar com o pai e a mãe.

Da escola, um teste de Filosofia em que não ficou satisfeita com a nota.

Do portefólio que tem de entregar até ao fim das aulas.

O HIPNOS continua com uma postura muito descontraída, está aparentemente em paz, fala do ano que vem, da escola que tem no currículo, aulas de fotografia.

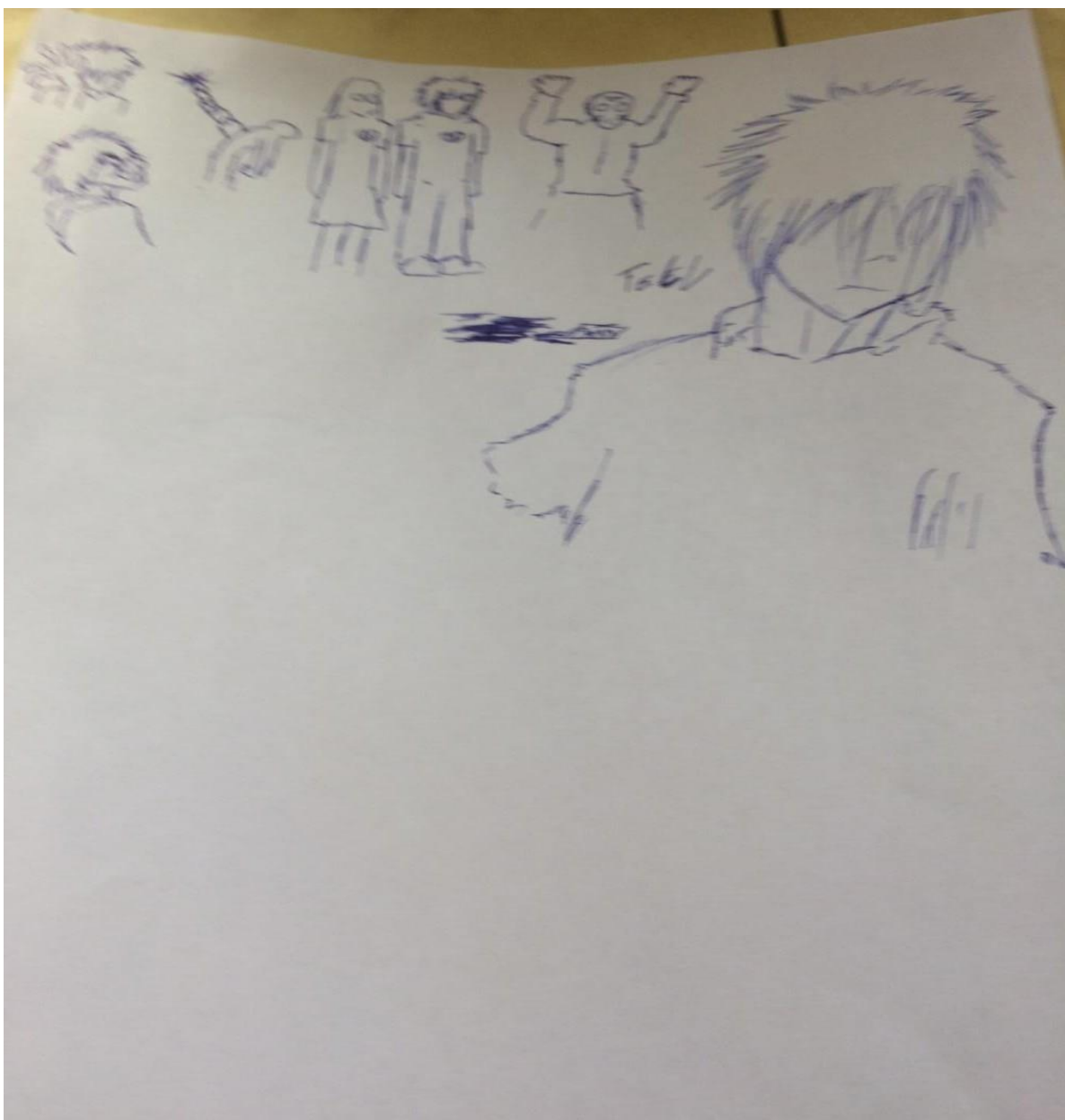
Dramatização: O velório...

Primeiro: escrever coisas que queremos eliminar da nossa vida (também incluiu os terapeutas)

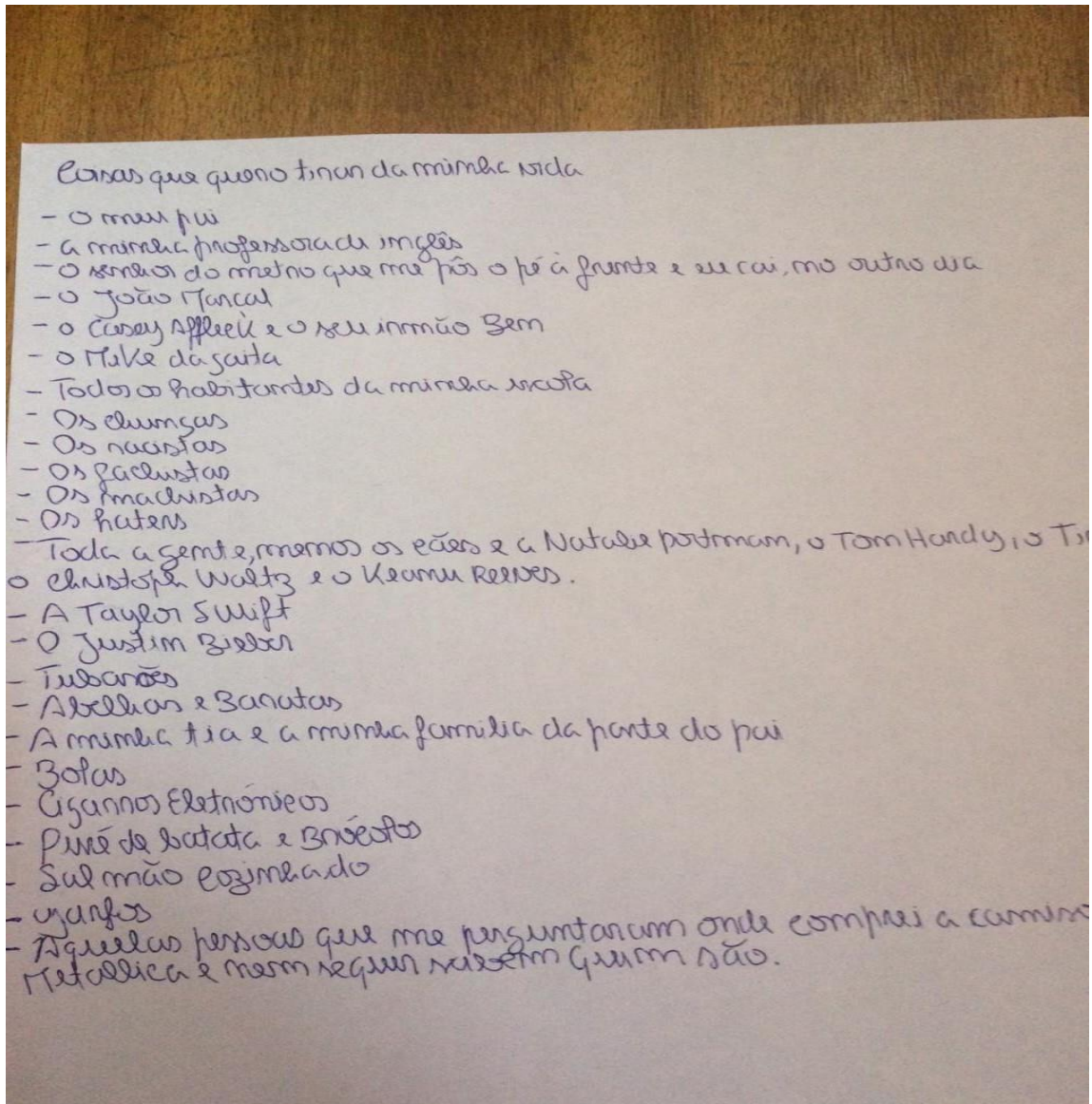
A lista da MEDUSA:

- Coisas que quero tirar
da minha vida!
- ~~(X)~~ pessoas que julgam.
 - pessoas que olham para mim na rua com ar de pedófilos / violadores
 - pessoas ignorantes
 - a fobia das multibês
 - ~~o~~ a fobia de xams muito altos.
 - a minha preguiça
 - (O) a minha ansiedade
 - a minha gula
 - a minha barriga com banha fofinha
 - ~~o~~ o meu duplo queixo
 - (O) o meu sedentarismo
 - a minha falta de vontade
 - ~~o meu~~ deixar de ser chata.
 - pessoas superficiais
 - homofobia
 - Sexismo
 - (O) mentes fechadas
 - Guerra e violência
 - Desigualdade econômica
 - injustiça
 - a falta de jeito para fazer amigos
 - A ~~falta~~ falta de jeito para dançar.

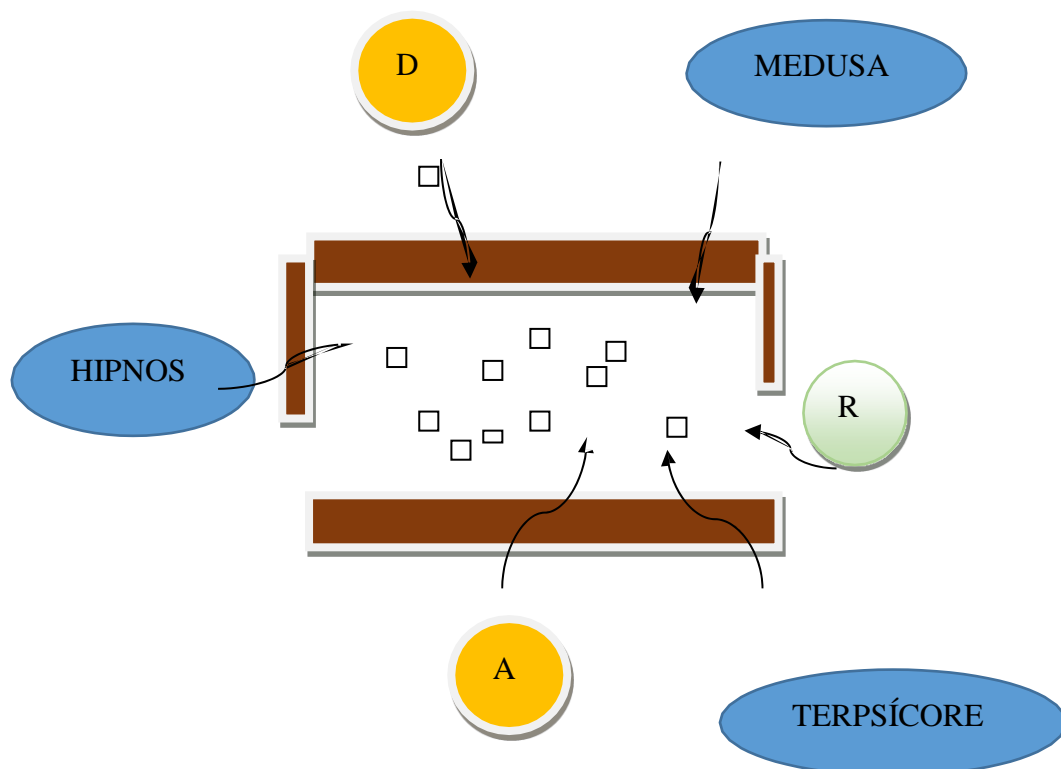
A lista do HIPNOS:



A lista da TERPSÍCORE:



De seguida o movimento simbólico, vamos escolher no máximo três e colocar num papelinho dobrado no “caixão”:



A TERPSICORE neste ato final não colocou o pai. Mas antes, colegas da escola, atores de cinema.

A MEDUSA tem marcado, na sua lista o que coloca aqui. Ela está a falar da pouca abertura que sente em relação aos outros “mentes fechadas”, utiliza o verbo “o meu” sedentarismo, a “minha “ansiedade, como se fossem velhos amigos, pertencem-lhe e são muito dela.

Pormenor: a MEDUSA no final ainda foi endireitar as almofadas laterais porque estavam tortas.

O HIPNOS desenha-se na sua imensa melancolia, e o seu desejo foi mesmo colocar-se lá ele (ainda saltou lá para dentro). O pormenor de aparecer um elemento do género feminino ao lado dele, ambos com corações (um movimento para encontrar alguém? esta sim uma pulsão para a vida)

Comentário Reflexivo:

Esta sessão, também para mim, foi intensa. As coisas que estava também a enterrar são reais, mas confesso que escolhi aquelas porque poderiam também servir de “mola” aos jovens, no sentido de sentirem que algumas das coisas que os incomodam, são comuns aos outros. Estou a falar, de se poder dizer aos outros aquilo “de que não gostei” de se zangarmo-nos e não sermos rejeitados, da dificuldade de se lidar com algumas pessoas chamei-lhes “cínicas”. A TERPSÍCORE imediatamente projetou-se face aos colegas de escola.

A coterapeuta D e o terapeuta R falaram ambos de saudades de pessoas que estão longe, que partiram, a MEDUSA podia ter feito essa projeção com os pais, mas não fez.

O HIPNOS fez uma projeção comigo, sempre dizendo o mesmo quando falei, “vai-se ver livre dos seus filhos? Ah!” No final, já na rua perguntei-lhe, como é que sabia que eu tinha filhos? Disse-me que se lembrava da primeira sessão. Disse que tinha um rapaz e uma rapariga. E aí a TERPSÍCORE que estava atrás de nós a ouvir a conversa disse “ai um casalinho!”, “os meus pais também queriam que fosse um rapaz, mas nasci eu”.

Grelha de Observação

Sessão nº: 18		Local: Hospital de dia	Material: colchões, almofadas, papeis, canetas			
Terapeutas: R Coterapeuta: D Coterapeuta: A	Hora: 17h30 Duração: 90 min.	Espaço: sala ampla				
Indicador de Forças 1		Pontuação itens				
Habilidades de Participação no Jogo: <u>Definição: Uso de atividades conforme as necessidades de alegria, entretenimento e desenvolvimento por parte das crianças.</u>		1 nunca adequado 2 levemente adequado 3 moderadamente adequado 4 substancialmente adequado 5 completamente adequado a)ausente				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Grau de participação no jogo		5	a	5	5	a
Uso de habilidades sociais durante o jogo		5	a	5	5	a
Expressão de emoções durante o jogo		5	a	5	5	a
Uso desempenho de papéis		5	a	5	5	a
Uso da imaginação durante o jogo		5	a	5	5	a
Pontuação total		25	a	25	25	a
Indicador de Forças 2		Pontuação itens				
Habilidades de Interação social: <u>Definição: o uso que o individuo faz de comportamentos eficazes de interação.</u>		1 nenhum 2 limitado 3 moderado 4 substancial 5 extensivo a)ausente				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Revelação		5	a	5	5	a
Recetividade		5	a	5	5	a
Cooperação		5	a	5	5	a
Estabilidade		5	a	5	4	a
Positividade		3	a	3	3	a
Pontuação total		23	a	23	22	a

19ª sessão de grupo terapêutico

O Grupo: Terapeuta R, Coterapeuta D, Coterapeuta A, TERPSÍCORE, TIFÃO, MEDUSA (ausente), HIPNOS, NEREU.

Estrutura da sessão

Aquecimento:

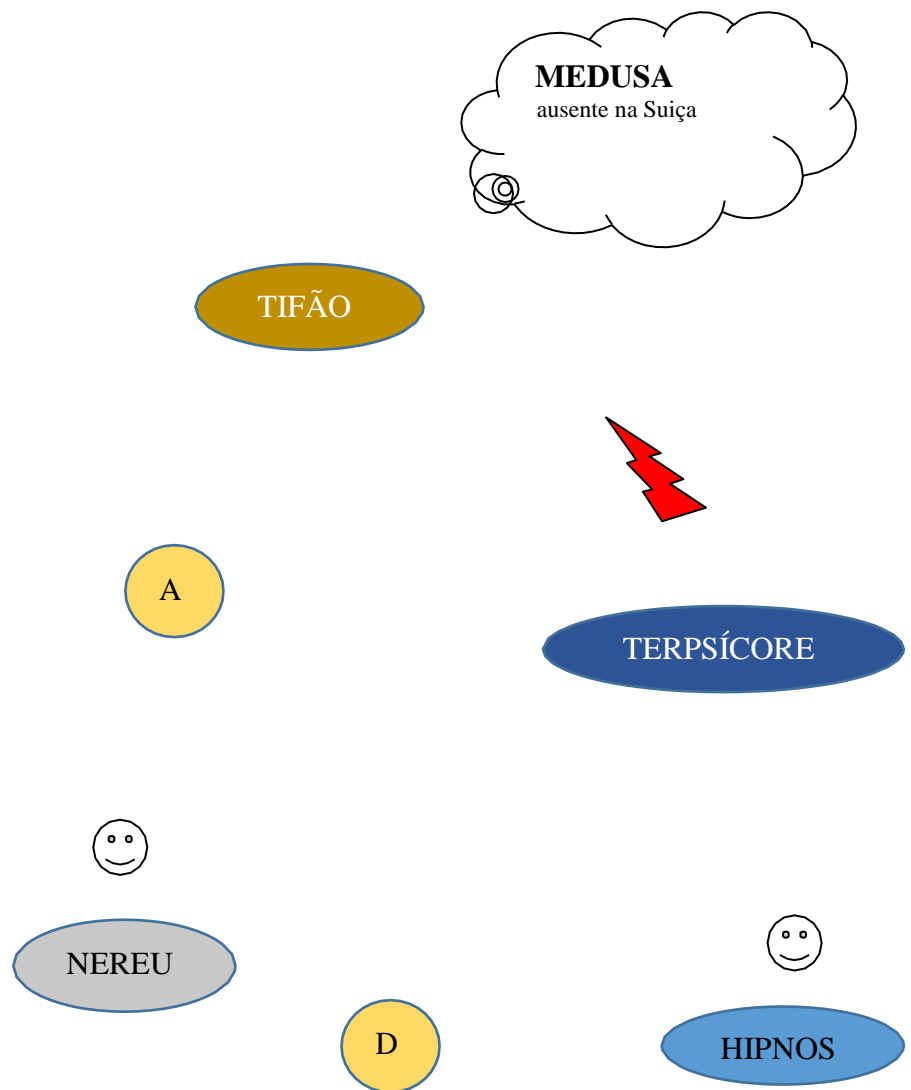
Comentários sobre a semana

Partilha:

Sessão de Bem-estar

Aquecimento: A conversa sobre a semana

A MEDUSA não veio, estava na Suíça com os pais.



Legenda:

Todos sentados exceto o TIFÃO.

Relação muito tensa da TERPSÍCORE para o TIFÃO.

O TIFÃO, não reativo sempre deitado, a suor abundantemente, sem t-shirt, a olhar para o teto, mas a esboçar um sorriso.

A sessão começou com o TIFÃO a falar, sobre como gostaria que fosse a última sessão do grupo, a vermos um filme. O terapeuta R remete para o fim da conversa essa decisão. Fala da semana passada que fez anos (no grupo ninguém sabia), falou da prenda dos pais: uma Nintendo *Switch*, teve que dar também uma parte do dinheiro com a sua mesada. Estava orgulhoso. O T brincou qualquer coisa com o *Minecraft* (jogo que o TIFÃO gosta muito). Perguntaram-lhe: então não trouxeste bolo? Qual bolo, responde: - Não. E como é que passaste o teu dia de anos? - Em casa.

A TERPSICORE começa a falar da sua semana, da dança que vai estar num *Portugal Gym* em Faro. Que na semana anterior esteve num pavilhão da escola a apresentar uma coreografia, em conjunto com 300 jovens a história “*A Árvore*” da Sofia Melo Breyner. Teve que maquilhar uma data de miúdos, fala do seu par que “era chato”, mas até se portou bem. Resiste a mostrar fotos, sempre faz este movimento.

Entretanto a começa a haver uma troca de palavras com o TIFÃO.

A TERPSICORE verbaliza que ele foi muito ofensivo na antepenúltima sessão. O TIFÃO desvaloriza e até sorri, as palavras duras da TERPSICORE e o seu incómodo visível na expressão do rosto e corporal parecem ser totalmente indiferentes ao TIFÃO.

O NEREU silencioso como de costume, fala quando é interpelado. Gostou do concerto dos *Guns & Roses*, esteve com amigos. Continua de férias e refere que vai para estágio durante 3 semanas entre finais de julho e principio de agosto.

No final decide-se entre todos o que se iria fazer na última sessão: uma batalha de pistolas de água, parecem entusiasmados, lembram-se de certeza de cenas da sua infância, o HIPNOS até conta como fazia batalhas de água com o seu pai. E no final partilhamos o bolo de aniversário do TIFÃO (sempre vai ter a sua festa).

Partilha: Sessão de Bem estar

Aos jovens, é pedido que se deitem em colchões, coloca-se música e o terapeuta R, a D e eu, iniciamos uma sessão de bem-estar fazendo massagens nos jovens. Aceitam sem hesitações. Os rostos denotam satisfação e relaxe.

No final a TERPSICORE dizia que tinha uma bola de Pilates em casa, mas que nunca ninguém a tinha usado para fazer massagens....

No final de novo sentados, o terapeuta R propõe que cada um ofereça algo à pessoa que está à sua direita.

Momento de grande intimidade no grupo, simbolicamente dá-se algo valioso que vem das nossas memórias.

Comentário Reflexivo:

Nesta sessão gostei de ver um TIFÃO “muito saudável”. Vínhamos de uma série de sessões em que me convenci que o grupo o estava a rejeitar. No seu lado mais paranoide, incitava constantemente ao confronto com os outros. Tentou-o muitas vezes com o HIPNOS, mas este com o seu lado mais depressivo, resistia. Na 17ª sessão o apelo ao confronto foi com a TERPSICORE. E resultou, se bem que, ela engoliu a raiva nesse dia, começou a exteriorizá-la na sessão 18ª sessão e hoje de forma muito assertiva, disse-lhe como se sentiu. O efeito reparador foi mais eficaz nela do que nele, mas foi terapêutico para ambos.

Um aspeto que gostaria de falar nesta penúltima sessão, foi algo que não emergiu em todas estas sessões e que num grupo de adolescentes, seria previsível, a questão da sexualidade.

A MEDUSA veste-se de forma muito apelativa e original, calças com rasgos, pinta os olhos com lápis vermelho, (tem que marcar presença na sua tribo da escola) mas a única menção é feita na 18ª sessão nas coisas que gostávamos de eliminar, quando fala de “pessoas que olham para mim na rua com ar de pedófilos/violadores”.

O NEREU só através da linguagem corporal se percebe que olhava para a TERPSICORE com uma expressão de agrado.

O HIPNOS aparece num esboço desenhado na 17ª sessão com uma figura feminina ao lado, ambos com um coração. Mas durante as sessões, nunca transpareceu nada pelo menos verbalmente.

A TERPSICORE ao longo das últimas sessões aparecia com uma vontade de mudança no seu aspeto visual, que a levou a fazer madeixas nas pontas, em tom de rosa, que contrasta em absoluto com a necessidade que verbaliza de se Auto depreciar.

O TIFÃO logo nas primeiras sessões falou de alguém que encontrou nas redes sociais e que o compreendia. Ao longo das sessões, várias vezes tentou fazer a sessão de grupo sem t-shirt, e mesmo nesta esteve deitado a maior parte do tempo, com um leve sorriso.

E no final como é que me estou a sentir neste final de grupo. Penso que criei um laço afetivo, com todos eles. Que penso neles mesmo fora das sessões. Que despertam em mim um instinto maternal.

O que me surpreende, quando no principio achava que eles não me viam.

Grelha de Observação

Sessão nº: 19		Local: Hospital de dia	Material: colchões, almofadas, papeis, canetas			
Terapeutas: R Coterapeuta: D Coterapeuta: A	Hora: 17h30 Duração: 90 min.	Espaço: sala ampla				
Indicador de Forças 1		Pontuação itens				
Habilidades de Participação no Jogo: <u>Definição: Uso de atividades conforme as necessidades de alegria, entretenimento e desenvolvimento por parte das crianças.</u>		1 nunca adequado 2 levemente adequado 3 moderadamente adequado 4 substancialmente adequado 5 completamente adequado				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Grau de participação no jogo		5	4	4	a	3
Uso de habilidades sociais durante o jogo		5	3	4	a	3
Expressão de emoções durante o jogo		5	4	4	a	3
Uso desempenho de papéis		5	4	4	a	3
Uso da imaginação durante o jogo		5	4	4	a	3
Pontuação total		25	19	20	a	15
Indicador de Forças 2		Pontuação itens				
Habilidades de Interação social: <u>Definição: o uso que o individuo faz de comportamentos eficazes de interação.</u>		1 nenhum 2 limitado 3 moderado 4 substancial 5 extensivo				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Revelação		5	3	4	a	3
Recetividade		5	3	4	a	3
Cooperação		5	3	4	a	3
Estabilidade		5	3	4	a	3
Positividade		3	3	4	a	3
Pontuação total		23	15	20	a	15

20ª Sessão de grupo terapêutico

O Grupo: Terapeuta R, Coterapeuta D, Coterapeuta A, TERPSÍCORE, HIPNOS, NEREU, MEDUSA (ausente), TIFÃO (ausente)

Estrutura da sessão

Aquecimento:

A conversa sobre a semana

Dramatização:

Batalha de pistolas de água: **sessão lúdica**

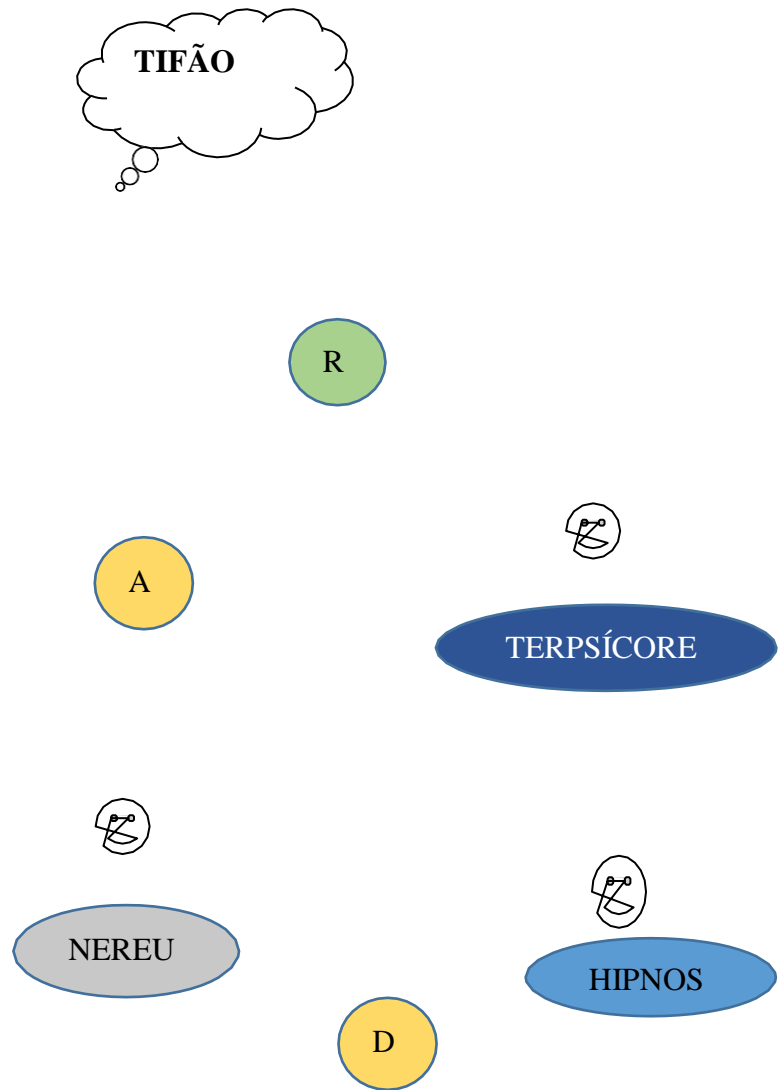
Partilha:

Festa final do grupo

Aquecimento: A conversa sobre a semana

A MEDUSA não veio, contávamos com ela (talvez tenha continuado na Suíça).

O TIFÃO teve uma urgência médica de oftalmologia.



No início começou a TERPSICORE nesse dia tinha tido a última aula. Já decidi vai mudar de escola, no pedido de transferência colocou três hipóteses: a “Dona Leonor”, a “Eugénio dos Santos” e o “Padre António Vieira”. Não revela se tem preferências, antes “eles (Ministério da Educação) que decidam”. Não se despediu de ninguém (?) na antiga escola, supostamente não.

Fala de um espetáculo final da dança (*Portugal Gym*), que vai ocorrer em Faro. Não fala das notas, nem se passou de ano (mas sim, vai passar, confidenciou-me no final da sessão). Está finalmente com as madeixas azuis no cabelo!

O HIPNOS refere que está tudo bem. Pela primeira vez refere o nome da escola para onde vai transitar “a Gustavo Eiffel” da Amadora. Ainda não sabe se têm inscrições suficientes para o curso profissional com fotografia. Nas férias vai

para um acampamento de escuteiros em Espanha e com os pais uma semana para um apartamento também em Espanha.

O NEREU refere que continua de férias, em casa. Não tem tido contatos com o pai, só uma vez por mês e com conversas muito curtas, em que ele (o pai) basicamente lhe oferece “uma notinha”. O seu estágio foi adiado para agosto (antes do grupo tinha-me falado das suas expectativas, se tudo correr bem até já pensa em ir para a faculdade, na mesma área profissional) e da possibilidade de ganhar bem, na mecânica naval).

O terapeuta R informa que o grupo vai continuar no próximo ano letivo. Sossega-os, dizendo que durante o verão os irá chamar para sessões individuais.

E de seguida “abre as hostilidades” vai começar a batalha de água!!

Dramatização: uma batalha de água...

Formamos 2 equipas: R/ A /HIPNOS e D/ TERPSICORE/ NEREU.

Mudamos de cenário, estamos num espaço exterior, armados de pistolas de água e sprays. O jogo desenrola-se através da caça ao tesouro de cada uma das equipas. Foi pura diversão, descompressão, gritos, correria. Toda a gente se divertiu. Os jovens e os terapeutas todos a cooperar, pareciam ter todos a mesma idade. E no final, bem molhados e felizes.

Partilha: festa final do grupo

Tínhamos um bolo supostamente para o TIFÃO, mas como não apareceu cantámos os parabéns antecipados ao HIPNOS que ia fazer anos na semana seguinte.

Momento de descontração e encontro do grupo. No final a despedida, até setembro.

Nota final: o terapeuta R informou-nos (eu e a coterapeuta D) que nessa mesma tarde tinha combinado com a mãe do TIFÃO, que poderia vir até ao final da sessão. Afinal parece que na sexta anterior o TIFÃO tinha vindo com um bolo? Não percebeu que nesse dia não havia grupo. Mas hoje não veio. Afinal até se perspectiva a passagem para o 10º ano. A mãe, não aceita que ele frequente o ensino profissional e a saída da atual escola. Portanto, perspectiva-se um ano difícil.

Comentário reflexivo

Chegada a este ponto não posso deixar de fazer o balanço das 20 sessões.

Na minha perspectiva foram seis meses intensos, de início estava ansiosa em relação à minha entrada num grupo terapêutico. Havia muita troca de palavras entre eles e às vezes interrogava-me se “eles me viam?”.

Mas com o decorrer das sessões algo acontece (...) é um sentimento de pertença, de algo que se constrói entre os intervenientes, e que hoje é bem claro, ser um vínculo afetivo.

O grande desafio foi aprender a olhar para os jovens com uma nova perspectiva, deixar aquele olhar muito próprio dos profissionais de saúde e claro dos enfermeiros, de incidir na doença/problema e nas suas causas e começar a ver as suas “forças pessoais” e lentamente criar um vínculo com eles, e através disso propiciá-les a experiência de estarem num espaço seguro, aonde não havia cobranças, nem juízos. O encontro semanal permitia-lhes sossegar, estarem exatamente como queriam naquele momento (às vezes deitados de olhos fechados), soltar algumas angústias e/ou simplesmente estar, no sentido do encontro com o outro que nos recebe com um abraço, muito envolvente, quase maternal.

Grelha de Observação

Sessão nº: 20		Local: Hospital de dia Espaço: sala ampla/cozinha	Material: colchões, almofadas, pistolas de água, pratos, bolo			
Terapeutas: R Coterapeuta: D Coterapeuta: A	Hora: 17h30 Duração: 90 min.					
Indicador de Forças 1		Pontuação itens				
Habilidades de Participação no Jogo: <u>Definição: Uso de atividades conforme as necessidades de alegria, entretenimento e desenvolvimento por parte das crianças.</u>		1 nunca adequado 2 levemente adequado 3 moderadamente adequado 4 substancialmente adequado 5 completamente adequado a)ausente				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Grau de participação no jogo		5	a	5	a	5
Uso de habilidades sociais durante o jogo		5	a	5	a	5
Expressão de emoções durante o jogo		5	a	5	a	5
Uso desempenho de papéis		5	a	5	a	5
Uso da imaginação durante o jogo		5	a	5	a	5
Pontuação total		25	a	25	a	25
Indicador de Forças 2		Pontuação itens				
Habilidades de Interação social: <u>Definição: o uso que o individuo faz de comportamentos eficazes de interação.</u>		1 nenhum 2 limitado 3 moderado 4 substancial 5 extensivo a)ausente				
Elementos		T	Ti	H	M	N
Revelação		4	a	4	a	5
Recetividade		4	a	5	a	5
Cooperação		4	a	5	a	5
Estabilidade		4	a	5	a	5
Positividade		2	a	4	a	4
Pontuação total		18	a	23	a	24