

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

PULSO 120

**Promoção da saúde mental de adolescentes,
utilizando a dança como recurso terapêutico de
enfermagem**

Patrícia Nunes

2013

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved, grey shapes that resemble a stylized wave or a series of brushstrokes.

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

PULSO 120

Promoção da saúde mental de adolescentes, utilizando a dança como recurso terapêutico de enfermagem

Patrícia Nunes

Trabalho de Projeto orientado por: Professora Patrícia Pereira

2013



Agradecimentos

Aos meus pais por todo o seu apoio e amor incondicional,

À Fátima, professora e amiga, por ver sempre o que há de melhor em mim e por toda a confiança que deposita em mim mesmo quando eu não acredito,

À Catarina Ribeiro, pelas longas discussões e partilha de ideias,

Ao *péantepé*, companheiras de dança, sem as quais nada disto teria sentido,

Ao Rui Inês, amigo determinante na entrada deste projeto e motivador constante,

Aos grupos terapêuticos, *Máscaras caídas* e *Manda cá para fora* por tudo o que me deram e ajudaram na concretização deste sonho,

A todos os que de alguma forma me acompanharam e apoiaram ao longo deste trajeto.

Bem hajam!

Um agradecimento especial à Professora Patrícia Pereira, docente orientadora deste estágio e projeto, pela ajuda preciosa e disponibilidade sempre presente.

Aos enfermeiros especialistas Susana Correia, Paula Vaz e João Marques pelo apoio, orientação e supervisão, muito obrigada.

“Qualquer bailarino, qualquer pessoa, precisa de muito mais do que confiança para se entregar a um processo desta natureza. Precisa de capacidade, se não mesmo desejo, de se expor, de enfrentar medos, mas também de se manter ao lado da indefinição que acompanha toda aquela viagem até a peça estar terminada.”

Galhós, 2008

Lista de Abreviaturas

ACSS – Administração Central de Sistemas de Saúde

CNSM – Coordenação Nacional para a Saúde Mental

DMT – Dança/Movimento Terapia

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EESMP – Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica

SRH – *Self Rated Health*

WHO – *World Health Organization*

Resumo

Este relatório tem por base o estágio realizado numa unidade de internamento de pedopsiquiatria e num hospital de dia de adolescentes, com o intuito de desenvolver competências de enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica. Integrado neste estágio, desenvolveu-se o projeto Pulso 120 que teve como finalidade a promoção da saúde mental de adolescentes utilizando a dança como recurso terapêutico de enfermagem.

Acreditando-se que a pessoa é um sistema aberto, multidimensional em constante interação com o ambiente, apoiou-se este projeto no Modelo de Sistemas de Betty Neuman e apresenta-se a dança como uma intervenção de enfermagem capaz de favorecer o fortalecimento da linha flexível de defesa do sistema-cliente.

Desta forma, em contexto de hospital de dia, foram desenvolvidas sessões de dança criativa com dois grupos de adolescentes com o objetivo de promover o bem-estar, proporcionar momentos de prazer, permitir a expressão de sentimentos e favorecer uma maior consciência de si e promover a relação com os pares. Realizou-se no total cinco sessões de dança com cada grupo intercaladas com outras atividades terapêuticas.

Um dos grupos caracterizou o período de tempo em que decorreram as sessões de dança como um espaço propício à aprendizagem e o outro como um espaço que favorecia a autenticidade. As sessões foram avaliadas positivamente na sua globalidade pelos enfermeiros que participaram nas sessões, salientando-se o seu efeito benéfico para os grupos nomeadamente, entre outros aspetos, a melhoria da relação com os pares e o aumento do autoconhecimento por parte dos adolescentes.

Palavras-chave: Dança/movimento, dança criativa, adolescentes, enfermagem de saúde mental.

Abstract

This report is based on the traineeship held in a child psychiatry inpatient unit and a day hospital for adolescents, in order to develop skills as a psychiatric and mental health nurse expert. As part of this traineeship, it was developed the project *Pulso 120* of which purpose was the promotion of mental health of adolescents using dance as a nursing resource.

Believing that the person is a multi-dimensional open system, in constant interaction with the environment, based on Betty Neuman Systems Model, presents dance as a nursing intervention which can strengthen client system's flexible line of defense.

Thus, in the context of a day hospital, were developed creative dance sessions with two groups of adolescents in order to promote wellness, provide moments of pleasure, allow the expression of feelings and promote greater self-awareness and the relationship with peers. It was held a total of five sessions with each dance group interspersed with other therapeutic activities.

One of the groups characterized the period of the time dance sessions as a space conducive to learning, and the other one as a space that favored authenticity. The sessions were positively evaluated in its entirety by the nurses participating in the sessions who emphasized its beneficial effect for groups including, among other things, improved relationships with peers and increased self-knowledge by adolescents.

Keywords: Dance/movement, creative dance, adolescents, mental health nursing.

Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO	9
1. A SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA: UM PROBLEMA EMERGENTE	12
2. DANÇA – UM RECURSO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM	15
3. MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN, ADOLESCÊNCIA E DANÇA	22
4. FINALIDADES E OBJETIVOS	25
5. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO	26
5.1. Construindo alicerces: Unidade de Internamento de pedopsiquiatria	27
5.2. Pulso 120: Implementação do projeto	32
5.2.1. Os grupos terapêuticos: <i>Máscaras caídas e Manda cá para fora</i>	33
5.2.2. Dinamização dos grupos terapêuticos e estrutura das sessões de dança	35
5.2.3. Avaliação das sessões de dança e resultados	37
6. A EXPERIÊNCIA PESSOAL DE VIVER O PROJETO PULSO 120	43
7. DAS ATIVIDADES REALIZADAS ÀS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	47
8. QUESTÕES ÉTICAS	49
9. LIMITAÇÕES DO TRABALHO, IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO TRABALHO PARA A PRÁTICA	51
10. CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
APÊNDICES	
ANEXOS	

Índice de Figuras

	Pág.
Figura 1 - Gráfico de avaliação das sessões de dança	41

INTRODUÇÃO

A doença mental tem aumentado significativamente nos últimos anos. Estudos apontam para uma prevalência de 30% das perturbações psiquiátricas na população em geral. Estima-se que das dez principais causas de incapacidade, cinco sejam perturbações psiquiátricas, sendo a depressão a principal causa de incapacidade nos países desenvolvidos. Os números tornam-se ainda mais preocupantes no que concerne às crianças e adolescentes (15 a 20% relativamente às perturbações emocionais e comportamentais) já que estes problemas tendem a manter-se e a agravar-se na idade adulta (Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM], 2008).

Face a estes números torna-se imperioso desenvolver estratégias e intervenções que promovam a saúde mental.

Este relatório, realizado no âmbito do 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, procura descrever a experiência, as atividades desenvolvidas e os resultados de um projeto que se realizou em contexto de estágio (Apêndice 1 – Projeto de Estágio) e que teve como fim a promoção da saúde mental de adolescentes utilizando a dança como recurso terapêutico de enfermagem, ancorando-se o projeto no Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

O estágio realizou-se em dois momentos diferentes. O primeiro momento decorreu numa unidade de internamento de pedopsiquiatria visando, em primeira linha, desenvolver competências de enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica e o segundo, no hospital de dia de adolescentes, com o objetivo de promover a saúde mental de adolescentes no respetivo contexto. Para tal, delineou-se um conjunto de atividades de forma atingir os objetivos propostos (Apêndice 2).

Em Inglaterra, uma enfermeira em contexto de internamento psiquiátrico, formou um grupo terapêutico de dança. Pulso 120, foi o nome dado por duas das adolescentes que integravam esse grupo (Holyoake & Reyner, 2005). Para elas dançar deveria aumentar o pulso até, pelo menos, 120 pulsações por minuto. Pulso 120 remete-nos também para a ideia de ritmo, ritmo esse que se altera em situações de saúde-doença e quando se vivenciam determinadas emoções. Foi este trabalho juntamente com a vontade de conjugar a dança e a enfermagem que inspirou a realização deste projeto.

Embora cada vez mais se reconheça o valor da dança enquanto mediador e instrumento terapêutico em várias áreas da saúde, são poucos os estudos no âmbito da enfermagem e sobretudo em Portugal que realçam os benefícios desta intervenção.

Neste projeto, trabalhou-se com dois grupos terapêuticos de adolescentes em contexto de hospital de dia, que se reuniam com uma periodicidade semanal, e com os quais foram realizadas sessões de dança intercaladas com outras atividades terapêuticas. As sessões de dança foram adaptadas a cada grupo e tinham como principais objetivos, proporcionar momentos de prazer, promover o bem-estar, permitir a expressão de sentimentos e uma maior consciência de si e ainda promover a relação com os pares.

Para enquadrar esta experiência, inicia-se este relatório realçando a problemática crescente da doença mental nos adolescentes. No capítulo seguinte, destaca-se os benefícios da dança na área da saúde e apresenta-se uma definição de dança enquanto intervenção de enfermagem. Posteriormente destacam-se dois estudos realizados com adolescentes, em que a dança surge como uma intervenção eficiente em situações de ansiedade e depressão ligeira, com o intuito de ilustrar a potencialidade desta intervenção.

Apoiando-se no Modelo de Sistemas da Betty Neuman, apresenta-se a dança como uma intervenção capaz de fortalecer as linhas flexíveis de defesa do sistema-cliente e como fator de favorecimento à reconstituição do mesmo.

Após a apresentação da finalidade, objetivos gerais e específicos do projeto, relatam-se algumas das atividades significativas à concretização dos mesmos. De forma mais pormenorizada, salienta-se o modo como foram operacionalizadas as sessões de dança e posteriormente a sua avaliação. Por fim, realiza-se uma pequena reflexão pessoal sobre a realização deste projeto e destaca-se as competências de Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) que mais se evidenciaram com o desenvolvimento deste projeto. Para terminar apontam-se alguns aspetos éticos e limites inerentes ao projeto e sugestões.

Para a elaboração deste relatório utilizou-se as normas APA¹.

¹ Publicado em, Godinho, N. (2012.). *Guia orientador para elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: Norma APA*. ESEL, Divisão do Centro de Documentação e Bibliotecas: Lisboa.
Para exceções não previstas na norma anterior recorreu-se a Cardoso, G. (2007). *Resumo das normas APA para citações e referências*. Escola Superior de Educação de Lisboa: Lisboa.

1. SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA: UM PROBLEMA EMERGENTE

A adolescência em latim significa *crescer* (Ferreira, Farias & Silveiras, 2010) A adolescência é um período de transição, um processo dinâmico de passagem entre a infância e a idade adulta que se caracteriza por um conjunto de tarefas de desenvolvimento.

Se por um lado é um período considerado homogêneo no que concerne às alterações fisiológicas, ou seja, aos aspetos pubertários, relativamente aos aspetos psicológicos e sociais, esta pode variar significativamente de acordo com o meio social, familiar, educacional e cultural onde se insere, dizendo-se desta forma que não há uma adolescência mas sim adolescências.

A adolescência é um período marcado por uma série de transformações/mudanças a nível biológico, cognitivo, emocional, social e por aquisição de um conjunto de valores e crenças fundamentais ao estabelecimento de uma identidade e ao desenvolvimento de um sentimento de independência do adolescente relativamente aos pais.

Embora sendo considerado um período relativamente saudável, este é igualmente um período de grande vulnerabilidade marcado por escolhas determinantes ao desenvolvimento da saúde mental e bem-estar (World Health Organization [WHO], 2010). Conforme refere a Comissão de Especialidade de Enfermagem Comunitária (CEEC, 2009), “A dualidade entre o amadurecimento do corpo e o amadurecimento psicológico frequentemente causa susceptibilidade à instabilidade emocional que pode conduzir ao consumo de substâncias, problemas mentais ou distúrbios alimentares, e a problemas sociais como a gravidez na adolescência” (¶ 8).

Segundo a CNSM (2009), estima-se que 10 a 20% das crianças e adolescentes tenham um ou mais problemas de saúde mental. No entanto, estes valores poderão

ser maiores pois, segundo WHO (2010) muitos dos problemas de saúde mental nos adolescentes tendem a ser sub-reconhecidos e subtratados. Num estudo realizado pela Associação Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência citado por CNSM, (2009) refere que uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas mentais e apenas 1/5 dessas crianças recebe tratamento apropriado. Em Portugal são poucos os estudos epidemiológicos nesta área (CNSM e Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2011), no entanto, num estudo preliminar realizado entre 2008 e 2009 sobre o número de internamentos de crianças e adolescentes, indica que são os adolescentes que mais números de internamento apresentam, sendo a perturbação depressiva o diagnóstico mais comum (CNSM e ACSS, 2011).

A CNSM e ACSS (2011) enunciam alguns dos motivos para se investir no desenvolvimento de intervenções eficazes de saúde mental para as crianças e adolescentes, nomeadamente:

- As perturbações psiquiátricas na infância e adolescência trazem elevados encargos à sociedade;
- Existe um importante grau de continuidade principalmente entre as perturbações da adolescência e a idade adulta, pelo que uma intervenção precoce poderá prevenir ou reduzir a incapacidade a longo prazo;
- O investimento nesta área é a ação com melhor custo-eficácia para contrariar o aumento contínuo dos problemas mentais.

A CSSM e ACSS (2011, p.7) referem ainda que “Intervenções eficazes reduzem o custo das perturbações de saúde mental não só para o individuo e sua família mas também para os sistemas de saúde e para a comunidade”. Desta forma, torna-se impreterível que se desenvolva intervenções, nomeadamente intervenções de enfermagem, que visem a promoção da saúde mental nesta faixa etária.

Com o objetivo de favorecer o bem-estar e/ou reduzir os riscos de recidiva de doença mental, a promoção da saúde, embora inserindo-se na prevenção primária, deverá funcionar de forma combinada e articulada com os outros dois níveis de

prevenção, secundária e terciária (Neuman, 2011). A dança surgiu como um possível recurso terapêutico de enfermagem à promoção da saúde mental nos adolescentes.

2. DANÇA: UM RECURSO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

Cada vez mais é reconhecido o valor da dança enquanto instrumento educativo (Padovan, 2010) e terapêutico. De facto, a dança é muito mais do que uma forma de expressão artística, é um fenómeno universal que acompanha o homem desde sempre. Para Sousa (1979, p.9),

qualquer forma de movimento que não tenha outra intenção para além da expressão de sentimentos, de sensação ou de pensamentos, poderá ser considerada como dança. Mais ou menos estética, com maior ou menor aparato, com ou sem música, se a finalidade do gesto é apenas a expressão trata-se de dança.

Na pesquisa realizada, foram encontrados vários artigos e estudos que relatam os benefícios da dança em diversas áreas da saúde nomeadamente, em pessoas com demência institucionalizadas em lares (Pablo-Bengtsson & Ekman, 2000), adolescentes com doença psiquiátrica (Holyoake & Reyner, 2005) pessoas laringectomizadas (Peto, 2000), pessoas adultas com fibrose quística (Goodill, 2005), pessoas com doença de Parkinson (Hackneyn & Earhart, 2009; Hogan, 2008) em situações de linfedema (Williams, 2009) e depressão leve (Akandere & Demir, 2011; Jeong, Hong, Lee & Park, 2005), na melhoria do equilíbrio em mulheres idosas (Alpert, Havey, Chevalia & Kodanpari, 2009), em mulheres com fibromialgia (Baeza et al., 2010), crianças e adolescentes com cancro (Cohen & Walco, 1999), entre outros.

Na área da psiquiatria, Herber (1993) citado por Ravelin, Kylmä & Korhonen (2006) refere que a dança promove aos clientes a capacidade de comunicarem e de se expressarem, bem como, proporciona mudanças positivas nas atitudes relativas ao *self*, afetos e libertação da tensão e apreensão.

Segundo Ravelin, et al. (2006) o uso da dança em enfermagem de saúde mental deverá ser baseado na ideia da totalidade (*wholeness*) do ser humano e da capacidade da pessoa em se expressar através da dança, esperando-se que a

mesma seja capaz de proporcionar alterações tanto a nível físico como mental, promovendo a saúde e o desenvolvimento da pessoa.

Com o objetivo de definir o conceito de dança em enfermagem de saúde mental, os mesmos autores (Ravelin et al., 2006), utilizaram o método do modelo híbrido de análise de conceito. Através da combinação da análise teórica do conceito com a pesquisa de campo, dança em enfermagem é assim definida:

a dança é um recurso humano aprendido pela cultura. Dança é criatividade, única, mas também um fenómeno universal. Dança implica movimentos do corpo, passos, expressão corporal, sentimentos, histórias, interação corporal com o próprio e com os outros. Em enfermagem de saúde mental, a dança ajuda a pessoa experienciar o todo mental, físico, social e espiritual. Na prática, isto significa que usar a dança enquanto intervenção de enfermagem de saúde mental, pode promover a compreensão pessoal a vários níveis e a interação social (p.311).

Em suma, em enfermagem, a dança pode favorecer a autorreflexão e interação com outras pessoas o que constitui uma forma de promover a saúde mental. Em situações em que as pessoas tenham dificuldades em se expressarem verbalmente, a dança providencia uma forma de as pessoas se expressarem de forma não-verbal. Através da dança as pessoas podem descobrir várias dimensões delas próprias, ajudar no processo de lidar com a sua autocompreensão, e aceitação, bem como favorece a libertação emocional e a pressão/tensão física (Ravelin, et al., 2006). A dança promove o bem-estar holístico e sentimentos positivos e favorece experiências de prazer (Ravelin, et al., 2006).

Em Portugal, no âmbito da enfermagem, o uso da dança/movimento enquanto intervenção de enfermagem é algo ainda pouco estudado. Apenas Pereira (2011), realizou um trabalho piloto com grávidas que frequentavam sessões de preparação para o parto e com crianças internadas num serviço de pedopsiquiatria. Este trabalho tinha como principal objetivo favorecer a ligação mãe-filho nas grávidas e, nas crianças, promover o bem-estar através da expressão de emoções através do modelo *5 Rhythms of Dance*. Esta intervenção mostrou ser geradora de sentimentos de bem-estar nas grávidas e nas crianças permitiu a manifestação de sentimentos de alegria, bem-estar e tranquilidade.

O uso da dança em adolescentes

“Moving body and mind” de Holyoake e Reyner (2005) foi o artigo que inspirou a realização deste projeto. Neste artigo, os autores relatam a experiência de uma enfermeira que convidou uma bailarina com formação em arte-terapia para construir um grupo terapêutico de dança, com o objetivo de promover o exercício físico, socialização, diversão e criatividade a adolescentes internados numa unidade de psiquiatria. O grupo inicial foi constituído por seis adolescentes (quatro raparigas e dois rapazes) que voluntariamente se dispuseram a experimentar sessões de quarenta minutos de dança com uma periodicidade semanal durante dez semanas. O artigo não apresenta resultados concretos, no entanto, dá ênfase ao sucesso do projeto, mantendo-se há quase dois anos, referindo ainda que estas sessões permitiram aos adolescentes reescreverem-se a eles próprios de forma criativa quando pensam sobre determinadas situações e libertarem-se da sobrecarga das preocupações intelectuais, para além de favorecer a confiança e a espontaneidade.

Valladares, Avanci, Abrão, Pedrão, Luis e Soares (2005), numa reflexão teórica sobre o uso da dança e da máscara no sociodrama moreniano com adolescentes em situação de crise, referem que a dança facilita a expansão do território interior do adolescente e que ao incluir movimentos criadores estimulam a atividade mental, e “viabiliza a capacidade de dar respostas novas criativas e adequadas a situações inesperadas, além de fazer florescer no adolescente a espontaneidade, tornando-o mais apto a enfrentar a vida” (p.109). Estes autores acreditam que o uso da dança e da máscara favorece a descarga de tensões e a exteriorização da alegria, temores e fantasias.

Foram apenas dois, os estudos encontrados e disponíveis sobre o uso da dança enquanto intervenção em adolescentes.

O primeiro, um estudo realizado por Jeong, Hong, Lee e Park (2005) na Coreia do Sul, com o objetivo de investigar a eficácia da dança/movimento terapia (DMT) na redução dos sintomas psicológicos negativos da depressão leve e identificar os mecanismos subjacentes a esses efeitos, participaram voluntariamente 40 raparigas adolescentes. Aleatoriamente foram constituídos dois grupos: um grupo que

frequentou sessões de DMT e o grupo de controlo que não realizou as mesmas sessões. O grupo de DMT participou durante 12 semanas em sessões de 45 minutos 3 vezes por semana.

As sessões foram construídas em torno de quatro temas principais nomeadamente: a consciência do corpo, da sala e do grupo; a expressão e a qualidade simbólica do movimento; movimento, sentimentos, imagens, e palavras; diferenciação e integração de sentimentos.

Após as 12 semanas de DMT, observou-se uma melhoria dos sintomas psicológicos negativos tais como, os relacionados com a somatização, sensibilidade interpessoal, ansiedade, entre outros. Observou-se um aumento da concentração plasmática da serotonina e uma diminuição dos níveis da dopamina. Segundo os autores do estudo (Jeong et al., 2005), estes resultados vão ao encontro de outros estudos que mostram que a DMT reduz os distúrbios emocionais, favorece a libertação de tensões e melhora a autoestima.

O segundo, um estudo randomizado realizado por Duberg, Hagber, Sunvisson e Möller (2012) na Suécia, tinha como objetivo avaliar a influência da dança duas vezes por semana durante um período de oito meses em raparigas adolescentes entre os 13 e 18 anos com sintomas psicossomáticos e sintomas de ansiedade tais como, cefaleias, cervicalgias, lombalgias ou dor nos ombros, epigastralgia, perturbações do sono, e depressão através do questionário *Self-Rated Health* (SRH).

No estudo participaram no total 112 adolescentes (59 no grupo de intervenção e 53 no grupo de controlo). O grupo de intervenção participou duas vezes por semana em aulas de dança durante 75 minutos em que o foco era a alegria do movimento e não a performance. Os temas variavam desde dança africana, dança *jazz*, *hip-hop* e dança contemporânea, contudo, em todas as aulas trabalhavam-se elementos criativos, a consciência corporal e o relaxamento.

Como resultados observou-se um aumento dos valores do questionário SRH, tendo sido esse aumento significativamente maior no grupo de intervenção comparativamente com o grupo de controlo. Quatro meses depois essa melhoria

ainda se mantinha. Os autores referem que algumas das razões que poderão explicar esta melhoria poderá estar relacionado com o aumento da energia e autoestima, sugerindo a dança enquanto intervenção, adequada a raparigas adolescentes com sintomas psicossomáticos e de ansiedade.

Uma continuação deste estudo, que procurou avaliar o custo-eficácia desta mesma intervenção (Philipsson, Duberg, Möller & Hagber, 2013), revelou que o número de visitas à enfermeira escolar diminuiu cerca de 53,75% no grupo de intervenção enquanto no grupo de controlo apenas 24,82% para além de ser observado um aumento da qualidade de vida do grupo de intervenção comparativamente com o grupo de controlo. O estudo sugere que dança duas vezes por semana, além dos serviços de saúde escolar habituais pode ser considerada custo-eficaz em comparação unicamente com os serviços de saúde escolares em adolescentes raparigas com sintomas de ansiedade e psicossomáticos.

Ambos os estudos evidenciam os efeitos positivos/benéficos da dança em adolescentes com problemas ligeiros. No entanto, a forma como as aulas/sessões da dança foram estruturadas, foi diferente, ou seja, enquanto no primeiro estudo a metodologia usada foi DMT, no segundo recorreu-se a vários estilos de dança. Ambos os estudos recorreram a profissionais com formação específica, nomeadamente, em dança e em DMT.

A dança criativa

Em contexto terapêutico a dança pode ser usada enquanto mediador artístico e expressivo, sendo o foco o processo criativo e não a estética, o conteúdo e não a forma. (Bucho, 2009). Enquanto mediador a dança torna-se o meio através do qual a pessoa pode comunicar consigo e com o outro, bem como, permite confrontar-se consigo próprio (Bucho, 2009). Ao falar do que se criou e não sobre o próprio estabelece-se um distanciamento, facilitando a comunicação e o estabelecimento de uma relação. Ao trabalhar com imagens simbólicas, que ordenam e dão significado às nossas vidas, facilita-se o estabelecimento do equilíbrio interno do sujeito, “ao

tornar os seus conteúdos inconscientes acessíveis e assim poder aproximá-los da realidade” (Bucho, 2009, p.89).

Para a realização das sessões de dança que se apresentam neste relatório, recorreu-se a conhecimentos pessoais na área da dança criativa. A dança criativa, também chamada dança educacional, é um dos métodos usado tanto na dança artística como também em alguns momentos na DMT² (Chaiklin & Wengrower, 2009).

A dança criativa é constituída por propostas de movimento, organizadas, integradas e objectivadas por forma a tornarem-se expressivas que, para além de permitir criar, permite criar explorando situações de dificuldade (Sousa, 1979).

Lane (2005) refere que a pesquisa tem demonstrado que a criatividade cura, realçando alguns efeitos benéficos fisiológicos que o uso de determinadas atividades que apelam ao processo criativo podem ter.

Segundo Sprinthall e Collins (2008), criatividade “é a capacidade de criar coisas novas e invulgares, ou de encontrar soluções engenhosas e raras para os problemas” (p.136), ou seja, é a capacidade de resolver problemas avançando por novos caminhos (Sousa, 1979), “is bringing something new into being” (Blom e Chapin, citado por Ribeiro, 2011, p.25).

Na dança criativa, pode-se usar brincadeiras, jogos dramáticos e a dança propriamente dita. Sendo esta uma forma de expressão, implica que todo o movimento estará carregado de conteúdo emocional, que o ritmo, a música ou o tema despertam (Seara e Silva, 2009). A solo, a pares ou em grupo, a dança criativa apresenta-se como uma improvisação de movimentos “cuja criatividade é propulsionada pela expressão das emoções pessoais” (Seara e Silva, 2009, p.157) de cada um.

² É de salientar que a DMT é uma psicoterapia reconhecida internacionalmente, que exige formação académica, e que utiliza a dança e o movimento como veículo primário de comunicação. O que se apresenta neste projeto comum entre a dança criativa e a DMT são as questões do processo criativo em si e a improvisação (Chaiklin & Wengrower, 2009).

Segundo Valladares (2004, citado por Valladares et al., 2005) as terapias que têm um enfoque predominantemente no não-verbal, permitem a seus participantes “experimentarem novos papéis, desenvolverem seu potencial criativo, sua auto-expressão, sua imagem negativa e sua autonomia, além de favorecer a canalização de tensões, a exteriorização mais espontânea de sentimentos, emoções e comunicação de pensamentos” (p.111).

Em enfermagem o uso do processo criativo permite “ampliar o vocabulário de movimentos e torná-los um instrumento valioso para a comunicação e terapia” (Peto, 2000, p.35).

Por todas as características acima descritas, a dança, mais propriamente a dança criativa, apresenta-se como um possível recurso de enfermagem, na medida que, em conjunto com outras intervenções, pode favorecer a manutenção, restauração e prevenção da saúde da pessoa (Neuman, 2011), neste caso em concreto, dos adolescentes. Nesta forma apoia-se este projeto no modelo de sistemas de Betty Neuman.

3. MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN, ADOLESCÊNCIA E DANÇA

O modelo de sistemas da Betty Neuman (2011) baseia-se numa perspectiva holística, mais concretamente “*wholistic*” em que a pessoa/cliente (que pode ser um indivíduo, família, grupo ou comunidade) é vista como um sistema aberto, constituída por cinco variáveis que interagem entre si de forma dinâmica. Estas variáveis são a fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimento e espiritual. “Idealmente as cinco variáveis funcionam de forma harmoniosa e estão numa relação estável perante a influência de fatores de *stress*³ tanto do ambiente interno como do externo” (Neuman, 2011, p.16). Esquemáticamente, o sistema-cliente é formado por uma estrutura básica ou *core*, por linhas de resistência, linhas normal de defesa, e por uma linha flexível de defesa⁴, incorporando todas elas as cinco variáveis.

O ambiente é definido como todos os fatores internos ou externos que influenciam o sistema-cliente. Existem três ambientes, o interno de natureza intrapessoal, o ambiente externo que é inter e extra-pessoal e ainda o ambiente criado que é intra, inter e extra-pessoal. Este último ambiente é dinâmico e representa a mobilização inconsciente por parte do cliente de todas as variáveis do sistema, particularmente a variável psicológica e sociocultural, permitindo a integração, estabilidade e integridade do sistema (Neuman, 2011).

³Os fatores de *stress* ou *stressores* fazem parte do ambiente, como tal, podem ser de natureza intra, inter ou extra pessoal. Os fatores de *stress* produzem tensão e têm a capacidade de romper com a estabilidade do sistema-cliente. Estes podem ser positivos ou negativos, conforme a percepção do cliente e da sua capacidade em lidar com eles. Quando positivos geralmente são designados por *eustress*.

⁴De fora para dentro, temos a linha flexível de defesa que tem como principal objetivo defender a linha normal de defesa através de um mecanismo de acordeão dos fatores de *stress*. Quanto mais expansiva estiver esta linha maior é a capacidade de proteção. A linha normal de defesa representa um estado de bem-estar do cliente ou estado de adaptação que o cliente mantém ao longo do tempo e se considera normal para ele. Esta linha também funciona como padrão para avaliar os desvios do estado habitual de bem-estar do cliente. As linhas de resistência protegem o *core*, quando um *stressor* rompe com a linha normal de defesa. Estas linhas comportam recursos internos e externos que suportam a estrutura básica do cliente e a linha normal de defesa. No centro do esquema (semelhante a um núcleo de um átomo), encontra-se a estrutura básica ou *core* na qual estão incluídos fatores básicos de sobrevivência comuns a todos os seres humanos.

Neuman (2011) fala de saúde como um *continuum* entre bem-estar e doença, em que a saúde é comparada à estabilidade ótima do sistema, isto é, “o melhor estado possível de bem-estar em determinado momento” (p.23). Esta noção de saúde implica que o fluxo de energia é contínua entre o sistema-cliente e o ambiente. Desta forma, o sistema-cliente tenderá para o bem-estar quando a energia produzida é superior à usada e para a doença quando a energia necessária é superior à produzida pelo sistema.

Enfermagem é todas as ações que visam manter o nível máximo de bem-estar do sistema-cliente. Estas ações traduzem-se em intervenções⁵ (primária, secundária e terciária⁶) e procuram proporcionar a estabilidade do sistema através da redução dos fatores de *stress* que podem atingir negativamente o sistema, fragilizando a sua homeostasia. As intervenções a realizar podem contemplar um, dois ou todos os níveis de prevenção em simultâneo.

A prevenção primária tem como principal objetivo o fortalecimento da linha flexível de defesa, promovendo o bem-estar do cliente através da prevenção e redução de fatores de risco. Na prevenção secundária, procura-se o fortalecimento das linhas internas de resistência, através do tratamento apropriado dos sintomas, reduzindo a reação do sistema e aumentando os fatores de resistência. A prevenção terciária visa proteger a reconstituição do sistema e o regresso e manutenção do bem-estar após o tratamento. Este processo ocorre de forma circular no sentido da prevenção primária (Neuman, 2011).

No modelo de sistemas de Betty Neuman (2011), como já foi referido anteriormente, a promoção de saúde insere-se na prevenção primária e “deverá idealmente funcionar de forma concertada com a prevenção secundária e terciária com o objetivo de reduzir os riscos de recidiva e promover o bem-estar ótimo da pessoa” (p.29).

A adolescência, por todas as tarefas que acarreta, é um momento propício à instabilidade do sistema-cliente. As transformações inerentes a este período de vida têm implicações em todas as variáveis do sistema, nomeadamente a de

⁵ No modelo de sistemas de Betty Neuman (2011) fala-se de prevenção como intervenção.

⁶ A prevenção primária ocorre antes do fator de *stress* atingir o sistema; na prevenção secundária após o fator de *stress* já ter atingido o sistema; e na terciária a seguir ao tratamento, após a reação ao fator de *stress*.

desenvolvimento. Este, é sem dúvida, um momento de grande vulnerabilidade em que o sistema-cliente está sujeito a um considerável número de fatores de *stress*. A forma como o adolescente interpreta e reage a estes fatores de *stress* irá determinar o seu maior ou menor nível de bem-estar.

Tendo por base o que já foi referido no capítulo anterior, acredita-se que o uso da dança enquanto intervenção/recurso de enfermagem atue como fator promotor de saúde, permitindo a estabilização do sistema-cliente através do fortalecimento da linha flexível de defesa e assim otimizar o potencial ou a condição de bem-estar do cliente.

Se pensarmos na dança enquanto atividade de grupo, tanto a dança como o próprio grupo poderão funcionar ainda como fatores que favorecem a reconstituição do sistema-cliente. A reconstituição é o retorno e manutenção da estabilidade do sistema, que segue o tratamento após reação aos fatores de *stress*, podendo resultar num nível superior ou inferior de bem-estar relativamente ao nível anterior. A reconstituição comporta as cinco variáveis do cliente e podem ser intra, inter ou extrapessoais. Embora esta possa ocorrer sem existir uma intervenção de enfermagem, os resultados poderão ser mais favoráveis, isto é, que a pessoa consiga regressar a um nível maior de bem-estar, quando há uma intervenção/prevenção de enfermagem (Neuman, 2011).

4. FINALIDADE E OBJETIVOS

Este projeto teve como finalidade a promoção da saúde mental de adolescentes utilizando a dança enquanto recurso terapêutico de enfermagem em contexto de grupo. No entanto, devido à inexperiência profissional na área de saúde mental e psiquiátrica e com crianças e adolescentes, foi essencial num primeiro momento de estágio criar estruturas e desenvolver competências de forma, num momento posterior, implementar o projeto Pulso 120. Desta forma, definiu-se como primeiro objetivo geral:

1 - Desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.

Dada a abrangência deste objetivo estabeleceram-se quatro objetivos específicos:

1.1 – Desenvolver conhecimentos no processo de saúde/doença mental na criança/adolescente;

1.2 - Desenvolver competências no âmbito do estabelecimento de uma relação terapêutica com crianças/adolescentes;

1.3 - Desenvolver estratégias comunicacionais com a criança/adolescente;

1.4 - Desenvolver intervenções de enfermagem mediante o projeto terapêutico de cada criança/adolescente.

Para implementação do projeto, definiu-se como segundo objetivo geral e específico os seguintes:

2 - Promover a saúde mental de adolescentes em contexto de hospital de dia.

2.1 – Desenvolver atividades socioterapêuticas para adolescentes utilizando a dança como recurso/intervenção terapêutica de enfermagem.

5. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO

De forma a desenvolver os objetivos propostos foram escolhidos dois locais de estágio: uma Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria e um Hospital de Dia de Adolescentes, ambos na grande área de Lisboa.

Para cada local foram delineadas atividades específicas (Apêndice 2 – Objetivos e atividades a desenvolver) contudo, elas devem ser vistas como um *continuum* e não independentes, visando o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica e a compreensão da adolescência enquanto fenómeno em si e problemáticas inerentes.

O primeiro momento do estágio decorreu na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria. Este local permitiu a aquisição de alicerces (competências e conhecimentos) para o frutuoso desenvolvimento do projeto que decorreu no momento seguinte, no Hospital de Dia de Adolescentes (Apêndice 3 – Contextos de estágio: caracterização sumária). De notar que, face a determinadas vicissitudes, houve a necessidade de alterar alguns tempos/prazos previstos em cronograma⁷.

Seguidamente serão abordadas de forma sintética algumas das atividades desenvolvidas em contexto de Unidade de Internamento e depois de forma mais pormenorizada, o desenvolvimento das sessões de dança, que consistiu o tema central deste projeto em contexto de Hospital de dia.

⁷ Ver Anexo I do Projeto de Estágio – Apêndice 1.

5.1. Construindo alicerces: Unidade de internamento de pedopsiquiatria

A unidade de internamento acolhe crianças/adolescentes em situação aguda de doença mental e outras perturbações do comportamento. Para que a criança/adolescente recupere o seu estado de equilíbrio é necessário a identificação do problema de saúde que compromete o desenvolvimento da criança/adolescente e a definição e implementação de um projeto terapêutico individualizado. Neste processo, é essencial garantir um ambiente seguro e terapêutico bem como o envolvimento e participação de todos os agentes de saúde (criança/adolescente, família/cuidador, profissionais de saúde) no projeto terapêutico. Foi neste contexto que se procurou em primeira linha desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, e atingir os objetivos específicos anteriormente referidos.

Na primeira semana de estágio nesta unidade, deparou-se com uma realidade completamente nova. Foi uma semana intensa de invasão e turbilhão de sentimentos. Só na segunda semana, após conhecimento de algumas das dinâmicas do serviço, se conseguiu definir parte das atividades a desenvolver de forma a atingir os objetivos propostos e que posteriormente foram aferidas com o orientador local de estágio (EESMP) e docente orientador.

Embora não se tenha definido um objetivo específico relativamente ao processo de integração no serviço, algumas atividades foram fundamentais nesse sentido, tais como, a presença nas passagens de turno de enfermagem e nas reuniões multidisciplinares. O contacto com esses espaços permitiu a familiarização e apropriação duma linguagem técnica específica, a compreensão de dinâmicas, circuitos de informação e circuitos relacionados com o processo de admissão, encaminhamento e alta para diferentes estruturas da comunidade. A atitude acolhedora e disponível, sobretudo por parte da equipa de enfermagem foi, sem dúvida, facilitadora deste processo. A integração na cultura de cuidados foi fundamental à participação e intervenção nas atividades de acordo com os objetivos definidos.

As discussões realizadas com a enfermeira orientadora do local de estágio foram essenciais no despertar, e por isso na sensibilização, para o conjunto de problemas, sinais e sintomas que afetam as crianças e adolescentes com doença mental. Foi principalmente com ela e também durante as reuniões realizadas quinzenalmente com o enfermeiro chefe e restantes estudantes da especialidade a estagiar no mesmo serviço, que foi possível aferir impressões diagnósticas, planeamento e intervenções de enfermagem de alguns casos concretos que eram discutidos neste espaço. Estas reuniões foram importantes não só por serem um espaço de aprendizagem e conhecimento mas também porque permitiam a partilha de sentires, emoções e dificuldades muitas vezes comuns para quem estagiava pela primeira vez neste contexto.

A leitura de alguns artigos e capítulos de livros relacionados com a psicopatologia do adolescente, de ESMP e sobre a adolescência⁸ enquanto fenómeno em si, foram também importantes na compreensão do processo de saúde/doença. As reuniões multidisciplinares constituíram também uma fonte de conhecimento onde por vezes se discutiam os problemas da criança/adolescente sob diferentes pontos de vista⁹.

O contacto com crianças e adolescentes, antes da realização deste estágio, sempre foi muito pontual e em contextos muito diferentes deste. Por este motivo conseguir estabelecer uma relação de ajuda e desenvolver um diálogo terapêutico com crianças e adolescentes, apesar do desejo pessoal, constituiu-se um grande desafio. Para adquirir confiança/segurança de forma a conseguir-se “liderar” ou dar seguimento às intervenções terapêuticas foram cruciais os momentos de observação e intervenção em conjunto com os enfermeiros em contextos de relação e participação em atividades de carácter psicoterapêutico.

Apesar dos tempos serem outros, recordar a própria adolescência e trazer um pouco dela para a construção destas relações, foi facilitadora do processo. No entanto,

⁸ Durante o período de estágio realizado na unidade de internamento a população internada foi maioritariamente adolescentes pelo que as leituras realizadas foram direcionadas maioritariamente para esta faixa etária.

⁹ Quando se refere diferentes pontos de vista, é de acordo com a visão dos diferentes profissionais de saúde que integram a equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogos, dietista, assistente-social) e com a área em que atuam. É de salientar que a compreensão do fenómeno de saúde-doença da criança e adolescente neste contexto é sobretudo psicodinâmico embora as abordagens terapêuticas sejam influenciadas também por outras correntes como a arteterapia, cineterapia, sociodrama, entre outros.

momentos de maior identificação exigiram uma reflexão e cuidado extra no sentido de não confundir os dois mundos (o pessoal e o do adolescente) e não condicionar de alguma forma respostas/escolhas do adolescente.

Reconhecer o papel ativo e os recursos próprios de cada criança/adolescente, promover a sua autonomia, ajudar a dar significado aos problemas, sentimentos e conflitos que traziam, criando assim uma maior consciência de si próprias, mostrar disponibilidade e que se acreditava nelas, são as atividades que se destaca ao favorecimento das relações terapêuticas que se foi estabelecendo.

Foram vários os momentos que contribuíram ao desenvolvimento de estratégias comunicacionais com as crianças/adolescentes, sobretudo a partir do momento em que passaram a ser as crianças/adolescentes a procurarem-nos, sinónimo da confiança que gradualmente se foi estabelecendo com as mesmas. Alguns desses momentos eram individuais, umas vezes mais formais (no sentido em que se recorria a um espaço onde pudesse existir maior privacidade e onde a probabilidade de se ser interrompido era menor) do que outras, e por vezes em grupo. Dado que o período de tempo em que se esteve na unidade de internamento as crianças internadas eram maioritariamente adolescentes, não houve necessidade de adequar a linguagem ao nível de desenvolvimento, contudo, houve a necessidade de se apropriar de uma série de expressões e termos utilizados pelos adolescentes bem como de alguns aspetos culturais específicos desta idade.

Dada a faixa etária predominante, a palavra foi o meio privilegiado de entrar em comunicação com o adolescente, no entanto, outros mediadores como a música, o jogo, o filme foram facilitadores neste diálogo terapêutico. Para tal, foi essencial recorrer a técnicas de comunicação tendo sido o recurso a livros como os da autoria de Phaneuf (2005) e Chalifour (2008) fundamentais na revisão dessas técnicas. Talvez tivesse sido importante analisar por escrito alguns momentos de entrevista, algo que não foi possível dadas as limitações de tempo, no entanto, muita da insatisfação gerada em alguns momentos, nos quais foi perceptível maior dificuldade em gerir impasses, orientar o diálogo, entre outros, era geralmente partilhada com a orientadora do local de estágio com quem se analisava esses momentos e discutia-se estratégias/alternativas.

Foi na construção de relações que alguns problemas e necessidades das crianças/adolescentes se tornaram mais visíveis. Identificar esses problemas e definir estratégias de intervenção de acordo com o projeto terapêutico da criança/adolescente foi um autêntico desafio. Como já foi dito anteriormente, a participação em reuniões quinzenais com o enfermeiro chefe e as reuniões com a enfermeira orientadora do local de estágio foram fundamentais ao desenvolvimento destas competências.

No sentido de desenvolver este aspeto sobre as intervenções de enfermagem mediante o projeto terapêutico de cada criança/adolescente optou-se também por realizar um estudo de caso de um adolescente de 16 anos que se acompanhou de forma mais próxima e sob orientação do enfermeiro local de estágio e enfermeiro chefe.

Ao longo deste trajeto foi-se compreendendo a importância do envolvimento da família/cuidador no projeto terapêutico da criança/adolescente. Porém, nem sempre é fácil para a família reconhecer o seu papel ativo neste processo sobretudo quando ela própria ainda não reconhece a doença/problema da criança/adolescente. Em todas as situações, mas ainda mais nesta, era fundamental prestar-se apoio e suporte à família e ajudar a família a reconhecer o problema (nem sempre conseguido).

Embora não fizesse parte dos objetivos iniciais surgiu a oportunidade de se dinamizar duas atividades terapêuticas de grupo. Ambas as atividades envolveram a dança/movimento tendo a segunda também envolvido a expressão plástica através da realização da "silhueta corporal"¹⁰. A iniciativa da realização destas atividades partiu da sugestão dos enfermeiros presentes do turno, pelo que o planeamento da atividade teve que ser feito no momento e adaptada às condições existentes e possíveis. Após a realização destas atividades, foi efetuada uma pequena avaliação que consistia numa palavra as crianças/adolescentes expressarem o que sentiam. Como estas atividades terminavam sempre com um de relaxamento, os

¹⁰ A atividade da silhueta corporal consiste, com o adolescente deitado sobre papel de cenário, desenhar com um lápis ou caneta os limites do corpo, obtendo-se assim uma silhueta que o adolescente posteriormente irá preencher.

adolescentes referiram sentir-se, calmos, tranquilos e descontraídos. Esta experiência foi muito gratificante e sem dúvida um reforço positivo para a fase seguinte do estágio a realizar em contexto de hospital de dia.

A participação e planeamento em outras atividades psicoterapêuticas de grupo, em conjunto com um enfermeiro especialista em ESMP e com formação em sociodrama, que também utilizava o movimento e a expressão dramática no desenvolvimento das mesmas, foram muito importantes no sentido de desmistificar alguns receios e no esclarecimento de dúvidas, nomeadamente sobre o uso do toque, da massagem e do simbólico, neste tipo de intervenção em grupo. Numa dessas atividades, duas adolescentes referiram que esta tinha sido a atividade terapêutica que mais tinham gostado até então, sugerindo a sua realização noutros momentos.

Formação complementar

Dada a impossibilidade de iniciar o estágio no Hospital de dia no período previsto, surgiu a oportunidade de participar na formação “Promoção da Saúde Mental da Criança e Adolescente” cujos objetivos consistiam em: identificar processos protetores da saúde mental da criança e adolescente, compreender a importância de estabelecer uma relação terapêutica com os pais/cuidadores principais e refletir sobre as atitudes que promovam a saúde mental da criança e adolescente.

Esta formação constituiu a ponte ideal entre os dois contextos, no sentido que se revelou uma síntese do que se foi aprendendo e desenvolvendo no contexto de internamento e de sensibilização para o novo contexto de cuidados.

Para além da revisão de alguns conceitos teóricos nesta área abordou-se formas de intervenção através de diferentes mediadores refletindo-se sobre algumas diferenças em contexto de internamento e hospital de dia, ou seja, em fase aguda da doença mental e fase de reabilitação. O que mais se destacou foi a partilha de experiências pelos formadores que ajudou à visualização prática dos temas abordados.

5.2. Pulso 120 – Implementação do projeto

“Não é a perfeição artística ou a criação da performance de danças sensacionais que se pretende, mas um efeito benéfico da actividade criadora da dança sobre a personalidade da criança”
Rudolf Laban

Com o objetivo de promover a saúde mental de adolescentes e desenvolver atividades socioterapêuticas utilizando a dança como recurso terapêutico de enfermagem, semanas antes de se iniciar o estágio no Hospital de Dia, apresentou-se o projeto na respectiva unidade. Desde o início que o projeto foi bem recebido embora tivesse de ser sujeito a adaptações face à realidade na altura do contexto.

Perante a impossibilidade de se formar um novo grupo terapêutico, pensou-se num grupo onde esta atividade pudesse ser benéfica e bem recebida. O grupo foi escolhido pela enfermeira especialista em ESMP que conhecia profundamente os grupos e as situações de cada um dos adolescentes que integravam os grupos. Dado que o grupo selecionado só se reunia uma vez por semana, decidiu-se realizar as sessões de dança de forma quinzenal (que nem sempre se concretizou) de forma a integrar outras atividades terapêuticas e se possível criar uma ligação/*continuum* entre as diversas atividades.

Tendo em conta o número de estudantes de licenciatura em enfermagem que frequentavam o mesmo local de estágio, o início do projeto teve de ser adiado trazendo outras adaptações em termos de tempos e número de sessões previstas.

Antes de se iniciar a implementação do projeto, frequentou-se vários grupos terapêuticos (Apêndice 4 – Hospital de dia: continuação da experiência de aprendizagem) de forma a favorecer a integração, ou seja, de forma a poder-se conhecer previamente os adolescentes, deixar-se ser conhecido e ao mesmo tempo ser aceite pelo grupo. Durante esta integração emergiu a necessidade de um outro grupo realizar as sessões de dança.

5.2.1. Os grupos terapêuticos: *Máscaras caídas* e *Manda cá para fora*¹¹

Embora se tenha acompanhado outros grupos terapêuticos, *Máscaras caídas* e *Manda cá para fora* foram os grupos que integraram o projeto Pulso 120 nas sessões de dança.

Cada grupo realizou no total cinco sessões de dança. Inicialmente planeadas para sessenta minutos, as sessões de dança acabavam por preencher o tempo previsto para uma sessão normal de grupo, ou seja, aproximadamente noventa minutos.

Os objetivos gerais mantiveram-se para os dois grupos embora os objetivos específicos variassem conforme as sessões realizadas e as características de cada grupo. Porém, alguns exercícios pela forma positiva como resultavam, eram muitas vezes transpostos para o outro grupo e adaptados ao tema proposto. Por vezes, também alguns dos objetivos específicos eram idênticos, contudo, a forma de os poder concretizar variava através da sugestão de exercícios diferentes.

Os objetivos gerais das sessões visavam:

- Proporcionar aos adolescentes momentos de prazer;
- Permitir a expressão de sentimentos;
- Permitir uma maior consciência de si;
- Promover a relação com os pares e;
- Promover o bem-estar.

Máscaras caídas

As *Máscaras caídas* era o grupo que se reunia todas as quintas-feiras à tarde entre as 14h30 e as 16h. Inicialmente constituído por seis adolescentes do sexo feminino, poucas semanas após se ter iniciado as sessões de dança, o grupo passou a ser constituído apenas por quatro adolescentes devido à saída de dois elementos por

¹¹ *Máscaras caídas* e *Manda cá para fora* foram os nomes escolhidos por cada grupo, com o sentido de os identificar e refletissem o trajeto desde que iniciaram as sessões de dança.

alta clínica. Embora em fases diferentes do seu projeto terapêutico, este grupo era relativamente homogêneo nas suas características. Com idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos, de uma forma geral, estas adolescentes tinham dificuldades marcadas na sociabilização e baixa autoestima, era um grupo “fechado”/contido e onde era difícil criar um diálogo entre os vários elementos do grupo. A comunicação que se estabelecia era predominantemente entre terapeuta e adolescente.

Nas sessões realizadas com este grupo, pretendia-se que as adolescentes se disponibilizassem para experimentar e se sentirem de uma forma nova. Uma vez referiu-se que o objetivo era se desconstruírem no sentido de derrubar as imagens que foram construindo delas próprias e gradualmente pudessem reconstruir uma imagem nova com aquilo que elas poderiam descobrir ao longo das sessões. No trabalho a pares surgiu outra dificuldade relacionada com as questões do toque que complementarmente às sessões de dança foram trabalhadas. Com este grupo foi trabalhado sobretudo a improvisação, que consiste em incentivar formas de resposta espontânea, de criação de algo novo e original segundo a inspiração do momento.

Manda cá para fora

Manda cá para fora, era um grupo mais heterogêneo constituído por dois adolescentes do sexo masculino, e quatro adolescentes do sexo feminino, com idades entre os 12 e os 17 anos. Este grupo reunia-se todas as sextas-feiras também entre as 14h30 e as 16h30. Embora os adolescentes que integravam este grupo terapêutico também estivessem em momentos diferentes do seu projeto terapêutico, em termos gerais e comparativamente com o grupo das *Máscaras caídas*, poder-se-á dizer que enquanto trabalho de grupo este estava numa fase de desenvolvimento mais avançada, onde se observava uma comunicação mais aberta e por isso uma maior interação entre os vários elementos e onde quase todos os elementos conseguiam oferecer e contribuir para o grupo. Sendo um grupo heterogêneo é mais difícil caracterizá-lo, no entanto, algo comum a todos os elementos era a baixa autoestima.

Existindo capacidade de autoajuda e juízo crítico no grupo, foi possível trabalhar determinados aspetos mais pessoais de cada um deles através do movimento, no entanto, com a preocupação de proporcionar também momentos de prazer. Desta forma, procurou-se trazer determinadas características pessoais positivas, história de vida e projetos futuros para o movimento criando uma outra dimensão para além da palavra.

5.2.2. Dinamização dos grupos e estruturas das sessões de dança

Qualquer aula de dança independentemente do género/estilo é constituída por três fases: o aquecimento, o desenvolvimento e por fim o alongamento/relaxamento.

Nas sessões de dança para além destas três fases foram incluídas mais duas. A primeira fase, que antecedia o aquecimento, consistia num momento de diálogo com os adolescentes em que se procurava perceber como se sentiam os adolescentes, como tinha decorrido a semana e/ou para perceber se existia algum tema/questão prioritária a trabalhar que pudesse ser adaptada à sessão de dança. Esta conversa era por vezes tida já em círculo, sentados no chão e descalços ou outras vezes ainda sentados no sofá, antes de preparar a sala para a sessão de dança¹².

Embora no planeamento das sessões (Apêndice 5 – Exemplo de duas sessões de dança) fosse introduzido na fase de aquecimento, era na transição destas duas fases que se optava por realizar um quebra-gelo que consistia quase sempre num jogo de movimento e onde por vezes também se trabalhava a voz através de sons.

O aquecimento é a preparação para o movimento. Na dança propriamente dita é constituído por uma série de exercícios que trabalhados de determinada forma vão não só aquecer os vários grupos musculares como também ajudarão na prevenção de lesões. Nas sessões de dança, o objetivo era também preparar o corpo para o

¹² Embora no Hospital de Dia exista uma sala de movimento, esta está localizada na cave, com pouca luz, fria e húmida pelo menos na altura do ano em que foram realizadas as sessões de dança. Por este motivo, optou-se por realizar as sessões de dança na sala polivalente, uma sala no primeiro andar onde decorrem as reuniões multidisciplinares e as sessões de cine-terapia. Uma sala maior, com luz e mais quente que a sala de movimento. Porém, de forma a torna-la mais ampla, era necessário preparar a sala, ou seja, afastar cadeiras, sofás e mesas. Os adolescentes quase sempre colaboravam neste momento, bem como no fim quando era necessário compor/arrumar a sala.

movimento mas sobretudo tomar consciência das várias partes de corpo e perceber quais as regiões do corpo que estavam mais tensas de forma a desbloquear e descontraír, sendo sempre por isso um momento relativamente calmo. Embora, nas primeiras sessões este momento fosse liderado pelo terapeuta, gradualmente passaram a ser os adolescentes a sugerirem exercícios e a liderarem este momento.

A fase de desenvolvimento é o momento em que se revê as formas anteriores do movimento e apresentam-se as novas formas (Anexo 1 – Conteúdo do Movimento¹³). É também neste momento em que se apresenta o tema/problema que se irá trabalhar e que posteriormente se apresenta ao grupo a solução. Era nesta fase que o trabalho realizado com os dois grupos era mais distinto. Enquanto no grupo *Máscaras caídas* ficava-se maioritariamente das vezes na fase de exploração e experimentação do movimento, no grupo *Manda cá para fora*, seguia-se para a construção de movimento e apresentação do que cada adolescente individualmente ou a pares tinha realizado ao grupo.

O relaxamento e alongamento é o retorno à calma. Em muitas das sessões realizaram-se vários exercícios de alongamento específicos no entanto, na maioria das sessões, realizavam-se no mínimo 10 minutos de relaxamento seguindo os princípios do relaxamento de *Jacobson* de contração e descontração dos músculos, zona por zona com os adolescentes deitados.

A última fase das sessões de movimento, à qual se designou por momento de avaliação/discussão, era constituída por um momento de partilha. Nas primeiras sessões, partilhavam-se sentimentos, sensações, dificuldades e os momentos de maior prazer. Com a continuidade das sessões procurou-se cada vez mais dar um sentido/significado sobre o que era feito procurando transpor muito do que era sentido e construído em termos de movimento para o que são as vivências do dia-a-dia de cada adolescente.

¹³ Ter uma maior consciência de si implica também ter uma maior consciência do corpo e como é que ele se move. Desta forma, nos exercícios/atividades propostos eram trabalhados alguns aspetos específicos do movimento, para isso, recorria-se muitas vezes ao simbólico.

5.2.3. Avaliação das sessões dança e resultados

Na primeira sessão com cada grupo foi pedido que numa pequena folha escrevessem uma palavra ou uma frase anonimamente sobre a forma como se sentiam após a sessão de dança. O objetivo foi permitir que os adolescentes pudessem expressar-se livremente (pois apesar de já não se ser uma pessoa estranha aos grupos era a primeira vez que se assumia a posição de “líder”) e compreender o primeiro impacto da sessão nos adolescentes.

No grupo das *Máscaras caídas*, grupo nessa altura ainda constituído por seis adolescentes mas onde participaram apenas cinco pôde-se ler: “relaxada e cansada”, “descontraída”; “tranquila”, “preocupada” e “raiva”. No grupo *Manda cá para fora* estiveram presentes apenas quatro dos seis adolescentes que constituíam o grupo e o que surgiu foi: “Não gosto. Não quero repetir”; “Sinto-me calmo e relaxado”; “Alegria”; “Adorei, já tinha feito e é muito relaxante”.

Nestas duas sessões foram igualmente pedidos aos enfermeiros especialistas e aos estudantes da licenciatura em enfermagem que participaram nas sessões, que também eles escrevessem numa folha uma ou mais palavras sobre a forma como se sentiam surgindo: “tranquilidade” por três vezes, “descontracção” por duas vezes e uma vez a “introspecção”.

Os resultados obtidos foram partilhados e discutidos com os enfermeiros especialistas. A maioria dos resultados foi de imediato compreendida dado que as sessões terminavam com um momento de relaxamento. No entanto, sentimentos como a raiva e a preocupação deixaram algumas dúvidas embora, para os enfermeiros especialistas que conheciam as adolescentes profundamente, desde o início, referiram que estes sentimentos não estavam relacionados com a sessão, algo que foi posteriormente confirmado quando algumas das adolescentes comentaram que nem sempre se conseguiam “desligar” do “exterior” sobretudo no momento do relaxamento.

No grupo *Manda cá para fora*, um dos adolescentes desde a primeira avaliação partilhou que não gostava deste tipo de atividade. Foi de facto o único adolescente que até ao final do projeto foi levantando alguns obstáculos à realização desta

atividade, ao contrário dos outros adolescentes de ambos os grupos em que se sentiu que iam abraçando cada vez mais este projeto. O sentir deste adolescente foi várias vezes tema de discussão dentro do grupo e com os enfermeiros especialistas. Durante as sessões de dança era de facto visível o desconforto dele no momento do relaxamento no entanto, no resto da sessão, era o adolescente com maior capacidade de resposta aos estímulos e problemas colocados durante as sessões e aparentemente sempre com grande satisfação.

De forma a perceber-se como é que os adolescentes evoluíam ao longo das sessões, foi realizada uma tabela de observação (Apêndice 6 – Registo de observação das sessões de dança) constituída por seis itens: Interação com o grupo; Interação com o par; Concentração; Exploração do movimento e; Avaliação. Na interação com o grupo e com o par procurava-se avaliar os aspetos mais relacionais no sentido grupal ou dual. Conforme as sessões, poderia estar relacionado com a capacidade de se exporem no grupo ou ao par através do movimento e/ou de formas mais dramáticas, capacidade de liderança e na discussão e experimentação de ideias. A exploração do movimento tinha a ver sobretudo com a capacidade de se permitirem experimentarem, ou seja, de procurarem soluções de movimento de acordo com as indicações, sugestões e estímulos dados. A concentração, relacionada com a capacidade de manter a atenção, em termos práticos, consistia em perceber se o adolescente permanecia interessado durante a atividade ou pelo contrário distraía-se facilmente. O item relaxamento procurava avaliar este momento específico, sobretudo em termos de dificuldade ou facilidade em regressar à calma. No item da avaliação observava-se a capacidade de os adolescentes exprimirem por palavras o que tinham sentido, dificuldades e facilidades estando de certa forma também relacionado com a capacidade de *insight* e juízo crítico relativamente ao próprio, aos outros e/ou ao tema debatido.

Os vários itens eram avaliados entre 1 e 5 ou NA (Não Aplicável, avaliado em zero), quando o adolescente não estava presente (por falta, atraso ou por ter de sair mais cedo) ou porque na sessão específica determinado item não tinha tido uma dimensão significativa.

Após as sessões era realizada uma pequena discussão com os enfermeiros especialistas não só para refletir sobre a atividade em si como também o “desempenho” dos adolescentes. Era após esta discussão que era aferida a tabela de observação. É de salientar que era também geralmente destas discussões que surgiam ideias para as sessões seguintes de dança ou sessões plásticas que também foram realizadas.

O objetivo desta tabela não foi chegar a uma conclusão, uma vez que foi percebido desde cedo que variáveis, como a assiduidade, as sessões que eram sempre diferentes, a forma como se sentiam os adolescentes no dia da sessão, a participação de estudantes de enfermagem durante a sessão, interferiam com os resultados. No entanto, com base nos gráficos (Apêndice 7 – Gráficos de Evolução dos Adolescentes), pode-se observar que o desempenho dos adolescentes nas sessões de dança foi muito regular. No grupo *Máscaras caídas* parece ter existido uma pequena evolução ao longo das sessões relativamente à interação com o grupo e com os pares.

Na fase conclusiva da experiência com os grupos, foi pedido aos adolescentes, que cada um deles pensasse num nome que pudesse atribuir ao grupo e que, de alguma forma e no seu ponto de vista, pudesse ser representativo do trajeto que tinham realizado desde o início das sessões de dança (período equivalente a nove semanas)¹⁴. Para este efeito, foi realizado uma espécie de *brainstorming* em que os adolescentes disseram alguns nomes. No final procedeu-se à votação e procurou-se dar um significado ao nome que tinham escolhido. Foi assim que surgiram os nomes de “*Máscaras caídas: os últimos pelos do sovaco*” e “*Manda cá para fora: aprender a crescer*”.

A escolha de “*Máscaras caídas*” foi justificada por terem sentido este espaço como um lugar onde podiam estar sem as máscaras, um espaço onde podiam ser

¹⁴ Para esta atividade foi também realizado um vídeo com alguns dos trabalhos realizados pelos adolescentes e imagens e palavras que remetiam para o trabalho realizado durante as sessões de dança, o que permitiu relembrar algumas das atividades desenvolvidas durante este período de tempo. Este vídeo também foi uma forma de agradecer aos grupos a sua colaboração e participação neste projeto.

autênticas. “Os últimos pelos do sovaco”¹⁵, apareceu relacionado com a expressão “tirar macaquinhos na cabeça”, no sentido em que este era um espaço onde podiam esclarecer e partilhar as confusões que iam sentindo.

A escolha do nome “*Manda cá para fora*” foi justificado pelo facto de terem sentido este espaço como um lugar de partilha de sentimentos, pensamentos, acontecimentos e um espaço de aprendizagem no sentido de se tornarem adultos e por isso o “*aprender a crescer*”.

No final do projeto, foi também pedido aos enfermeiros especialistas (num total de dois) que participaram nas sessões de dança, que avaliassem as mesmas. Para esse fim, foi construído um questionário com base num outro já realizado por Pereira (2011) também usado para avaliar sessões de dança (Apêndice 8 – Avaliação das sessões terapêuticas de dança/movimento).

O questionário era composto por uma tabela de diferentes itens, nomeadamente: Avaliação do grupo (adesão do grupo), Avaliação do terapeuta (condução do grupo, interação com o grupo e dinamismo) e; Avaliação das atividades (exercícios propostos e música). Cada item podia ser avaliado de acordo com a escala – inadequado, adequado e muito adequado, tendo sido atribuído para cotação os valores zero, um e dois respetivamente.

Dado ao trabalho prévio realizado pelos enfermeiros com os grupos, antes do início das sessões de dança, introduziu-se uma questão direta, que procurava saber se as sessões de dança tinham trazido benefícios para o grupo e se sim quais.

No final do questionário existia ainda um espaço destinado a opinião/sugestão/crítica.

¹⁵ Este subtítulo revela o sentido de humor que foi surgindo neste grupo, sobretudo por parte de uma das adolescentes, o que foi uma autêntica revelação.

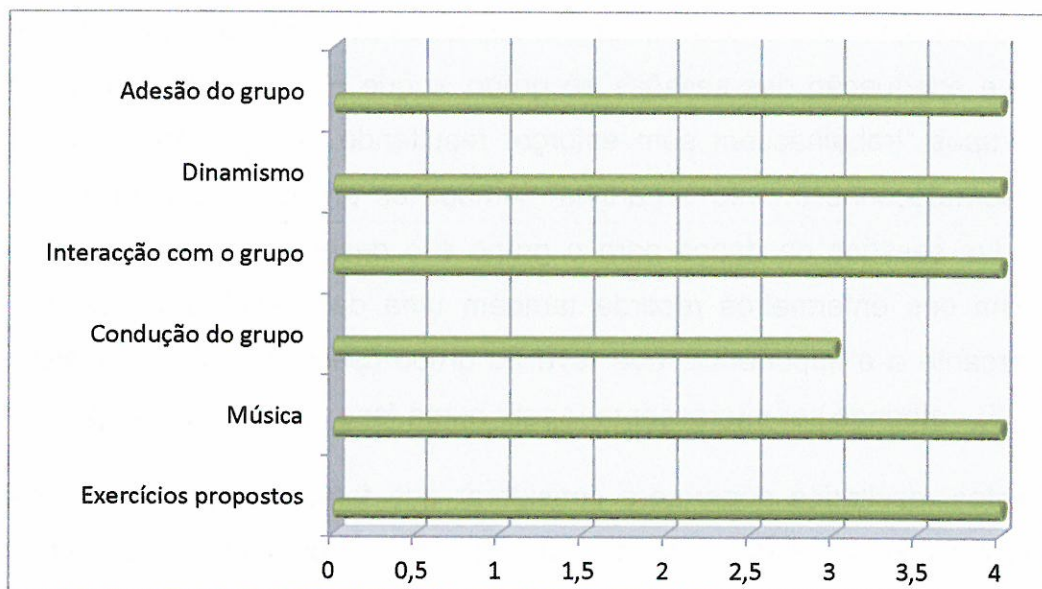


Figura 1 - Gráfico de avaliação das sessões de dança

Como se pode constatar no gráfico (Figura 1), as sessões de dança foram na globalidade avaliadas positivamente. O item mais baixo referiu-se à condução do grupo, eventualmente explicado pela pouca experiência na realização destas atividades terapêuticas, ou ainda, por se ser o elemento mais novo da equipa terapêutica e com quem os adolescentes tinham menor tempo de relação.

Os dois enfermeiros foram da opinião que as sessões de dança trouxeram benefícios para os grupos. Foram vários os benefícios relatados:

Permitiram uma maior consciência de cada um (auto-conhecimento) e dos próprios grupos. Os adolescentes permitiram-se relaxar, descontraír, tomar consciência do seu corpo e dos seus limites e de como o podiam utilizar na relação/comunicação com o outro. O uso do movimento/dança revelou-se um excelente mediador da relação, facilitando: acesso à palavra e à expressão de sentimentos (enfermeiro 1).

Houve uma melhoria significativa na relação com o corpo, com o movimento e com o outro. Melhoria da auto-estima. Grande melhoria no processo criativo e de soluções criativas para o seu projecto de vida. Intensificação do processo reflexivo (do próprio, na relação com o outro e na mobilização de recursos nos diferentes contextos em que se move). Desenvolvimento do sentimento de pertença e dos afectos (enfermeiro 2).

Nas sugestões/opinião e crítica um dos enfermeiros salientou o bom planeamento, execução e adequação das sessões ao grupo, o que permitiu segundo o mesmo, que os grupos “trabalhassem sem esforço” resultando “em processos de grande introspeção/autoconhecimento e partilha”. Ambos os enfermeiros referem o efeito benéfico das sessões de dança para o grupo e o desejo de dar continuidade ao projeto. Um dos enfermeiros recorda também uma das sessões de dança, pela forma marcante e a importância que teve no grupo (Sessão nº 3 B – Trajetos, no Apêndice 5), referindo ser interessante repetir numa fase posterior do grupo.

Face a estes resultados poder-se-á considerar que foram cumpridos os objetivos propostos para as sessões de dança, ou seja, proporcionar momentos de prazer, permitir a expressão de sentimentos e uma maior consciência de si, promover a relação com os pares e finalmente promover o bem-estar dos adolescentes. Desta forma, julga-se ter sido possível contribuir para o fortalecimento das linhas flexíveis de defesa dos adolescentes e, aos adolescentes em fase de reabilitação, favorecer a reconstituição do sistema (Neuman, 2011).

6. A EXPERIÊNCIA PESSOAL DE VIVER O PROJETO PULSO 120

“A insegurança é certamente uma possibilidade de se conservar a curiosidade.”

Wim Wenders

Para este estágio foi também proposto realizar reflexões escritas. Embora estas tenham sido realizadas ao longo de todo o estágio, foi enquanto se esteve no Hospital de Dia que estas se tornaram mais sistemáticas, sobretudo a partir do momento em que iniciei as sessões de dança.

Os sentimentos, as emoções e as dificuldades sentidas foram os temas mais abordados nestas reflexões, no sentido de tomar uma maior consciência de mim mesma na relação e durante as intervenções terapêuticas.

Estas reflexões também consistiram numa forma de avaliar o meu desempenho, e refletir sobre os aspetos a melhorar ao longo das minhas intervenções, sobretudo nas sessões de dança.

Realizar este projeto foi lançar um desafio a mim mesma entrando num mundo desconhecido e aceitar as dúvidas, medos e a insegurança como fazendo parte deste percurso.

Embora o sonho de conjugar a enfermagem e a dança já existisse, a ideia de realizar este projeto nasceu a partir do momento em que comecei a envolver-me num outro modo em construções coreográficas e a descoberta dos vários sentidos que essas construções podiam ter e os efeitos que tinham em mim enquanto dançava. O facto de ter frequentado consultas individuais de psicologia e posteriormente um grupo terapêutico de psicodrama, fez-me compreender o benefício e o potencial deste tipo de intervenção, contribuindo ainda mais para o sentido deste projeto.

Embora dançar possa ser algo natural para mim, colocar a dança a favor da enfermagem, foi pensar e repensar a dança de uma outra forma.

Criar e planificar sessões de dança com intuito terapêutico e ao mesmo tempo manter-me suficientemente flexível, adaptar-me ao imprevisto, o não saber em muitas situações o resultado esperado, foram momentos vividos com grande intensidade e de desenvolvimento.

“Durante a construção desta sessão tive várias dúvidas por não saber se iria resultar, pois o que me parece interessante e divertido não significa obrigatoriamente que cause o mesmo no outro, sobretudo quando o outro não está habituado a realizar este tipo de atividades. É neste momento que sinto que o conhecimento/prática que eu tenho em dança funciona simultaneamente como vantagem e desvantagem” (excerto de reflexão de 10-01-2013).

Saber trabalhar com a dúvida, admitir que não se sabe tudo, permitiu-me ter uma postura muito mais aberta e adaptar-me ao que ia surgindo durante as sessões de dança e aceitar as sugestões e ideias das pessoas (enfermeiros especialistas em ESMP) que acompanharam e participaram de forma ativa¹⁶ neste processo, contribuindo significativamente para o seu sucesso.

“A sessão começou de forma um pouco atribulada porque uma das adolescentes apareceu com um pé imobilizado (...). Inicialmente fiquei sem saber o que fazer, existindo apenas duas respostas na minha cabeça, não fazer a atividade ou tentar adaptar a sessão. Optei pela segunda opção... cabeça a mil à hora, ansiedade aumentada mas disposta a arriscar” (excerto de reflexão da 10-01-2013).

“Após o sucesso desta atividade, não resisti e incluí um outro [exercício] que consistia em criar uma pequena sequência de movimentos à medida que gritavam o nome do grupo que também tiveram que criar” (excerto da reflexão de 06-02-2013).

Planear as sessões era um processo moroso apesar da bibliografia de apoio¹⁷ (Anexo 2 – Bibliografia de apoio às sessões de dança). A seleção musical era o que ocupava mais tempo, pois para além da música selecionada era necessário levar

¹⁶ Os enfermeiros especialistas que acompanhavam os grupos terapêuticos também realizavam os exercícios propostos durante as sessões de dança (exceto alguns exercícios). A participação dos enfermeiros foi um dos aspetos facilitadores desta intervenção.

¹⁷ Não se encontrou bibliografia específica nesta área, pelo que se recorreu a livros sobre jogos psicoterapêuticos e de planeamento de aulas de dança criativa para a construção das sessões de dança. Recorreu-se igualmente à experiência e formação pessoal na área da dança.

várias alternativas, pois a música nem sempre tinha o efeito pretendido, ou seja, ser facilitador do movimento.

Estava muito apreensiva relativamente a esta sessão (...). Por experiência pessoal, sei que este tema [características pessoais] não é fácil de se trabalhar em dança/movimento e pode ser muito desconfortável. Demorei muito tempo até conseguir definir a sessão e a forma como se poderiam trabalhar estes aspetos” (excerto da reflexão de 01-02-2013).

Na minha opinião, as sessões de dança, colocam todos os intervenientes numa posição de exposição relativamente ao outro e ao grupo, mesmo para quem a orienta/lidera a sessão. Não é possível, pelo menos para mim, estar sempre fora do grupo. Sentir o grupo, implicava ir para o meio dos adolescentes, provocá-los, exemplificar, dançar com eles, entre outros. Esta posição/exposição tornou-me muito mais próxima dos grupos, permitindo reforçar os laços/confiança que fui estabelecendo com todos os adolescentes dos dois grupos.

“Possivelmente estava mais descontraída o que permitiu envolver-me mais com o grupo sentindo-me, em alguns momentos, verdadeiramente a dançar com os adolescentes” (excerto da reflexão de 11-01-2013).

Esta posição/exposição implicava obrigatoriamente, este dar conta de mim constante, e por isso a necessidade de ir monitorizando as minhas reações fossem elas corporais, emocionais, comportamentais entre outras, através das reflexões escritas.

“Ambas as sessões tinham corrido bem e superado as minhas expectativas e por isso deveria estar contente. No entanto, sentia-me frágil e a única coisa que aparecia na minha cabeça era a história da raposa e do Principezinho. Então percebi que estava completamente envolvida e que há muito não me envolvia assim” (excerto da reflexão de 01-02-2013).

“Nessa altura fiquei muito zangada e com uma vontade enorme de refilar com ele, porque senti no momento uma falta de respeito enorme pelos pares (embora percebo que foi muito mais no sentido de ele se ver livre do desconforto) ... fiquei mais tranquila por alguém devolver-lhe o que eu tinha sentido mas que não tive coragem de fazer!” (excerto da reflexão de 01-03-2013).

Apesar destes momentos mais difíceis, observar o prazer que os adolescentes retiravam das sessões e a forma como iam crescendo foi um privilégio magnífico e uma sensação inesquecível.

“Fiquei muito contente com o resultado desta sessão. Durante o resto do dia não consegui esconder a minha alegria” (excerto da reflexão de 24-01-2013).

“De sessão para sessão tem sido magnífico observar o crescimento destas adolescentes” (excerto da reflexão de 6-02-2013).

7. DAS ATIVIDADES REALIZADAS ÀS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

De forma a atingir os objetivos propostos foram realizadas várias atividades, tendo-se apresentado ao longo da segunda parte deste trabalho uma síntese das atividades mais significativas. A concretização satisfatória desses objetivos coloca-me numa posição de iniciada nesta área de intervenção especializada.

Embora na definição dos objetivos não se tenha priorizado nenhuma competência específica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2009), destaca-se algumas das unidades de competências que mais se evidenciam com este percurso:

- “Demonstra tomada de consciência de “si – mesmo” durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas”¹⁸ através de reflexões escritas periódicas onde se procurou monitorizar os sentimentos, emoções e pensamentos na relação terapêutica com os adolescentes e durante as intervenções terapêuticas (individuais e em grupo), procurando gradualmente tomar uma maior consciência pessoal, e ainda através da partilha e discussão com os enfermeiros especialista e orientadores durante o seu trabalho de supervisão.
- “Coordena, implementa e desenvolve projectos de promoção da saúde mental e prevenção e protecção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos”¹⁹, com a implementação do projeto pulso 120 no Hospital de Dia, que decidiu dar continuidade ao projeto, ou seja às sessões de dança e

¹⁸ Integrada da primeira competência (F1) de EESMP que refere “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (OE, 2009, p.22)

¹⁹ Unidade de competência número 3, da segunda competência do EESMP (F2) que refere “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental” (OE, 2009, p.23).

movimento e criar um novo espaço com melhores condições à sua realização. Com as sessões conseguiu-se que os adolescentes tomassem uma maior consciência de si, expressassem mais facilmente os seus sentimentos, observou-se uma melhoria na relação com os pares e desenvolveu-se um maior sentimento de pertença ao grupo. Simultaneamente os adolescentes conseguiram vivenciar momentos gratificantes e de prazer facilmente observados pela forma como se foram envolvendo nas sessões de dança.

- “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 situação”²⁰ através do adequado planeamento e realização de sessões de dança e outras atividades terapêuticas de acordo com as necessidades e problemas do grupo.

Desta forma pensa-se ter correspondido à finalidade deste projeto, ou seja, a promoção da saúde mental de adolescentes, utilizando a dança como recurso terapêutico de enfermagem.

²⁰ Segunda unidade de competência, integrada na quarta competência do EESMP (F4), que refere: “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 e recuperar a saúde” (OE, 2009, p.26).

8. QUESTÕES ÉTICAS

No que respeita às questões éticas, este projeto decorreu no âmbito do estágio da especialidade, pelo que as atividades propostas foram previamente conhecidas e autorizadas pelos enfermeiros responsáveis.

O projeto foi apresentado aos enfermeiros orientadores dos locais de estágio e adaptados ao trabalho desenvolvido nos diferentes contextos.

As sessões de dança foram enquadradas dentro do trabalho já realizado pelos dois grupos, indo ao encontro das necessidades e problemas apresentados pelos adolescentes. Antes de se iniciar as sessões de dança foi apresentado ao grupo a forma como iriam decorrer as sessões, objetivos e esclarecidas dúvidas, os quais concordaram participar, respeitando-se desta forma o princípio da autonomia.

Apenas um adolescente manifestou não gostar de realizar este tipo de atividade e de não querer realizá-la. Após esclarecido a dificuldade do adolescente em participar neste tipo de atividade, mais propriamente na fase do relaxamento, foram desenvolvidas estratégias de forma a poder continuar a participar na atividade do grupo, nomeadamente, poder ficar de olhos abertos, sentado ou numa outra posição que lhe fosse confortável. Numa das sessões foi convidado a dirigir o relaxamento através de um guia escrito e sob orientação do terapeuta. Ao longo das sessões foi sendo sempre explicado a importância deste tipo de atividade no desenvolvimento do seu projeto terapêutico, respeitando-se desta forma, o princípio da beneficência e não maleficência.

A informação considerada relevante sobre as crianças/adolescentes foi sempre comunicada aos enfermeiros do serviço ou partilhada nas reuniões de passagem de turno e multidisciplinar.

Ao longo deste trabalho foi respeitado o anonimato e confidencialidade de todos os seus intervenientes.

9. LIMITAÇÕES DO TRABALHO, IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO TRABALHO PARA A PRÁTICA

Neste trabalho a principal limitação foi o tempo. Dado o número de estudantes de enfermagem presentes no mesmo local de estágio foi impossível iniciar as sessões no momento previsto, aliás, houve mesmo a necessidade de adiar o início do estágio. Este adiamento juntamente com o facto de os grupos só se reunirem uma vez por semana, trouxe a impossibilidade de se cumprir as sessões previstas (dez sessões de dança para um único grupo).

Outro motivo que também contribuiu para este adiamento, foi o prolongamento do período de integração no Hospital de Dia que coincidiu com a época Natalícia. Durante este período muitos adolescentes faltaram e outros frequentaram pontualmente grupos terapêuticos diferentes devido às férias escolares.

Embora os resultados das sessões de dança tenham sido muito positivos, caso se tratasse de um trabalho de investigação, poder-se-ia ter recorrido a instrumentos de avaliação antes e depois da intervenção de forma a validar os resultados obtidos.

Comparativamente com os estudos apresentados neste relatório o tempo de intervenção destas sessões foi muito curto, pelo que também seria interessante prolongar o período de intervenção para se poder aferir resultados mais fidedignos.

Embora existam cada vez mais estudos que mostram a eficácia do uso da dança enquanto recurso terapêutico, há pouca literatura sobre o modo como estas intervenções podem ser conduzidas, sobretudo do ponto de vista da enfermagem. Desta forma, torna-se necessário documentar e avaliar estas intervenções. Só através da realização de trabalhos de investigação, que deem conta da efetividade desta intervenção, se poderá basear a prática na evidência.

10. CONCLUSÃO

Integrado no Mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, realizou-se o projeto Pulso 120. Este projeto que teve como finalidade a promoção da saúde mental de adolescentes utilizando a dança como recurso terapêutico de enfermagem, ancorou-se no modelo de sistemas de Betty Neuman e realizou-se em dois momentos diferentes. O primeiro momento, com o objetivo de desenvolver competências de enfermeiro especialista de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, desenrolou-se numa unidade de internamento de pedopsiquiatria e veio alicerçar o segundo momento que decorreu num hospital de dia de adolescentes com objetivo de promover a saúde mental dos mesmos.

Dada a inexperiência profissional na área e com crianças e adolescentes, procurou-se desenvolver conhecimentos do processo de saúde/doença mental na criança/adolescente, desenvolver competências no âmbito do estabelecimento de uma relação terapêutica, desenvolver estratégias comunicacionais e intervenções de enfermagem mediante o projeto terapêutico de cada criança e adolescente através de um conjunto de atividades delineadas de forma a obter-se contributos fundamentais à realização do objetivo específico seguinte que foi desenvolver atividades socioterapêuticas utilizando a dança como recurso terapêutico de enfermagem.

Desta forma, o tema principal deste projeto centrou-se no desenvolvimento de sessões de dança em grupos terapêuticos de adolescentes. As sessões foram realizadas num período de mais ou menos nove semanas intercaladas com outras atividades terapêuticas tendo-se tentado criar uma ligação entre elas. Ao longo dessas sessões trabalhou-se com dois grupos diferentes vários temas onde se procurou promover o bem-estar, proporcionar momentos de prazer, permitir a

expressão de sentimentos e uma maior consciência de si e promover a relação com os pares.

O período em que decorreu as sessões de dança foi sentido por um dos grupos terapêuticos como um espaço onde podiam ser eles próprios, ou seja, em que podiam ser autênticos, sem máscaras, e pelo outro grupo um espaço onde se sentiam à vontade em partilhar o que sentiam, pensavam, histórias e acontecimentos e por isso, um espaço propício ao crescimento e aprendizagem. Os adolescentes também vivenciaram momentos gratificantes e de prazer facilmente observados pela forma como se foram envolvendo nas sessões.

A introdução das sessões de dança, como atividade terapêutica regular dos grupos, foi vista pelos enfermeiros que participaram nas sessões e grandes conhecedores dos adolescentes, como benéficas para os grupos salientando-se, entre outros aspetos, o aumento do autoconhecimento dos adolescentes e a melhoria na relação com os pares. As sessões foram na globalidade avaliadas positivamente no que diz respeito à avaliação do grupo, do terapeuta e das atividades.

Partindo do conhecimento dos problemas (fatores de *stress*) dos adolescentes que integraram os grupos terapêuticos, procurou-se através da dança e da discussão dos temas trabalhados nessas sessões, favorecer o fortalecimento das linhas flexíveis de defesa dos mesmos (Neuman, 2011). Embora as sessões visassem em primeira linha a promoção da saúde dos adolescentes, tendo em conta que alguns deles estavam em fase de reabilitação, estas sessões poderão ter funcionado como fator de favorecimento à reconstituição do sistema (Neuman, 2011) do adolescente.

Apesar das limitações, sobretudo relacionadas com o tempo, pensa-se que este projeto veio realçar uma vez mais a potencialidade deste tipo de intervenção e a importância em investir-se em projetos de investigação de forma a mostrar a evidência desta prática profissional.

Em suma, pensa-se que este projeto respondeu à finalidade proposta bem como permitiu, ao nível de iniciada, desenvolver competências de enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica.

Pulso 120 foi um sonho tornado realidade. Foi a concretização do desejo pessoal de conjugar a dança e a enfermagem e voltar a trabalhar com o sentimento de esperança sempre presente, pois para trabalhar com estes adolescentes é necessário “Uma competência que resulta em primeira linha de poder ser ainda adolescente; o que equivale a manter a esperança no dia de amanhã, aberto o espaço de ilusão criadora, permeáveis às vias de mudança” (Matos, 1981, p.131).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akandere, M. & Demir, B. (2011). The effect of dance over depression. *Collegium Antropologicum*, 35 (3), 651- 656.
- Alpert, P., Havey R., Chevalia, T. & Kodanpari, K. (2009). The effect of modified jazz dance on balance, cognition, and mood in older adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21, 108-115.
- Baeza, A., Aparicio, V., Pereira, C., Cardia, C., Huertas, F. & Fernandez, M. (2010). Efficacy of Biodanza for treating women with fibromyalgia. *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine*, 16 (11), 1191-1200.
- Bucho, J. (2009). Arte-terapia: Criação e transformação. In M. Ferraz (Org.). *Terapias Expressivas Integradas* (p.55-93). Venda do Pinheiro: Tuttirév
- Chaiklin, S. & Wengrower, H. (2009). *The art and science of dance/movement therapy: Life is dance*. New York: Routledge.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. (Vol. 1). Loures: Lusodidacta. (tradução do original francês *L'intervention thérapeutique – Les fondements existentiels-huanistes de la relation d'aide*, 2002).
- Cohen, S. & Walco, G. (1999). Dance/movement therapy for children and adolescents with cancer. *Cancer Practice*, 7 (1), 34-42.
- Comissão de Especialidade de Enfermagem Comunitária (2009). *Dia internacional da Juventude 2009* (¶ 8). Acedido em 5-05-2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid_DiaInternacionalJuventude2009.aspx

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2006). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Resumo executivo*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde.

Coordenação Nacional para Saúde Mental (2009). *Saúde mental e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental e Administração Central do Sistema de Saúde (2011). *Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Duberg, A.; Hagberg, I.; Möller, M. (2012). Influencing self-rated health among adolescent girls with dance intervention: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 12,1-5. Acedido em: 29-04-2013. Disponível em: <http://orebroll.se/Files/sv/%C3%96rebro%20l%C3%A4ns%20landsting/Forskning/Publikationer/US%C3%96/11-12%20PED%20dance%20intervention.pdf>

Ferreira, T., Farias, M. & Silveiras, E. (2010). Adolescência através dos séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (2), 277-234.

Goodill, S. (2005). Dance/Movement therapy for adults with cystic fibrosis: Pilot data on mood and adherence. *Alternative Therapies*, 11 (1), 76-77.

Hackney, M; e Earhart, G. (2009). Effects of dance on balance and gait in severe Parkinson disease: A case study. *Disability and Rehabilitation*, 32 (8), 679-684.

Holyoake, D. & Reyner C. (2005). Moving body and mind. *Pediatric Nursing*, 17 (4), 36-39.

Hogan, P. (2008). More evidence on the value of dance. *Running & FitNews*, 28 (1), 9-10.

Joeng, Y., Hong, S., Lee, M. & Park, M. (2005). Dance movement therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression. *The International Journal of Neuroscience*. 115 (12), 1711-1720.

Lane, M. (2005). Creativity and spirituality in nursing: Implementing art in healing. *Holist Nursing Practice*, 19 (3), 122-125.

Matos, C. (1981). O normal e o patológico na adolescência. Comunicação apresentada numa mesa-redonda sobre problemas psicossociais da adolescência. In C. Matos (2002). *Adolescência. O triunfo do pensamento e a descoberta do amor.* (p. 131-136) Lisboa: Climepsi.

Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5th ed.). USA: Pearson.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de desenvolvimento profissional.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pablo-Bengtsson, L; Ekman, S. (2000). Dance events as a caregiver intervention for persons with dementia. *Nursing Inquir.*, 7, 156-165.

Padovan, M. (2010). *Dançar na escola. Perspectivas de aproveitamento didático em contexto de sala de aula.* Porto: Fundação Calouste Gulbenkian.

Pereira, P. (2011). *5 Ritmos de dança: Grupos de dança e movimento como intervenção terapêutica de enfermagem.* Dissertação de mestrado não publicada. Lisboa. Apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Peto, A. (2000). Terapia através da dança com laringectomizados: Relato de experiência. *Revista latino-am. Enfermagem*, 8 (6), 35-39.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.* Loures: Lusociência. (tradução do original francês Communication, entretien, relation d'aide et validation, 2002).

Philipsson, A.; Duberg, A.; Möller, M. e Hagberg, L. (2013). Cost-utility analysis of a dance intervention for adolescent girls with internalizing problems. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 11 (4), 1-8.

Ravelin, T.; Kylmä, J. & Korhonen, T. (2006). Dance in mental health nursing: a hybrid concept analysis. *Issus in Mental Health Nursing*, 27, 307-317.

Ribeiro, C. (2011). *Péantepé - A criatividade no processo de composição coreográfica*. Dissertação de mestrado não publicada. Lisboa. Apresentada na Escola Superior de Dança.

Seara, A. & Silva, S. (2009) O contributo das terapias integradas no desenvolvimento das competências interculturais na infância. In M. Ferraz (Org.). *Terapias Expressivas Integradas* (p.141-160). Venda do Pinheiro: Tuttirév.

Sprinthall, N. & Collins, W. (2008). *Psicologia do Desenvolvimento: Uma abordagem desenvolvimentista* (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Sousa, A. (1979). *A Dança educativa na escola. Movimento educativo - Expressão corporal - Dança criativa*. Aveiro: Básica editora.

Valladares, A., Avanci, R., Abrão, A., Pedrão, L., Luis, M., & Soares, F. (2005). Reflexão teórica sobre a utilização da dança e da máscara no sociodrama moreniano com adolescentes em situação de crise. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 7 (1), 105-112. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista.htm.

Williams, J. (2009). Healthy steps: moving to better health with The Lebed Method. *British Journal of Community Nursing*, 14 (4), 27-28.

World Health Organization (2010). *Mental Health Promotion in Young People – An Investment for the Future*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

APÊNDICE 1

Pulso 120 – Projeto de estágio

3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

OPÇÃO II - Projecto de Estágio

Pulso 120

Promoção da saúde mental de adolescentes, utilizando a
dança como recurso terapêutico de enfermagem

Patrícia Nunes

LISBOA

Julho, 2012



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

OPÇÃO II - Projecto de Estágio

Pulso 120

Promoção da saúde mental de adolescentes, utilizando a
dança como recurso terapêutico de enfermagem

Docentes Responsáveis:

Prof. Luísa D'Epiney

Prof. Patrícia Pereira

Discente:

Patrícia Nunes, n.º 4156

LISBOA

Julho, 2012

ÍNDICE	Pág.
INTRODUÇÃO	3
1. ASPECTOS GERAIS DO DESENVOLVIMENTO DA ADOLESCÊNCIA	4
2. DOENÇA MENTAL NA ADOLESCÊNCIA	7
3. DANÇA E SEUS BENEFÍCIOS	9
4. MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN, ADOLESCÊNCIA E DANÇA	12
5. METODOLOGIA	14
5.1. Objectivos do projecto	14
5.2. Competências do enfermeiro especialista	15
5.3. Plano de trabalho	16
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
BIBLIOGRAFIA	19
ANEXO I	

INTRODUÇÃO

Com o intuito de promover o exercício físico, socialização, diversão e criatividade a adolescentes internados numa unidade de psiquiatria, uma enfermeira convidou uma bailarina para construir um grupo terapêutico de dança (Holyoake & Reyner, 2005). Pulso 120, foi o nome dado por duas adolescentes que integraram esse grupo. Para essas adolescentes, dançar deveria aumentar o pulso, pelo menos, até 120 pulsações por minuto (Holyoake & Reyner, 2005).

Pulso 120, remete-me à realização dum sonho que consiste em conjugar a dança e a enfermagem e desenvolver competências de enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica.

Por vezes, actividades com base em dança e movimento são desenvolvidas por enfermeiros. No entanto, embora se reconheça os benefícios do uso da dança/movimento em diferentes áreas da saúde, poucos são os estudos sobre este tipo de intervenção em Portugal. Simultaneamente, a saúde mental assume uma importância cada vez maior nos dias actuais. Das dez principais causas de incapacidade, cinco são perturbações psiquiátricas e uma em cada cinco crianças apresenta evidencia de problemas de saúde mental (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

O desenvolvimento deste projecto tem como finalidade a promoção da saúde mental de adolescentes, utilizando a dança como recurso terapêutico em enfermagem. Desta forma, o projecto assenta em dois grandes objectivos que são: desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica e promover a saúde mental de adolescentes em contexto de hospital de dia. Para tal, pretendo realizar este projecto de estágio, no próximo semestre, na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia e na Clínica da Juventude no Parque de Saúde de Lisboa.

Para fundamentar este projecto, inicia-se este trabalho por abordar alguns dos aspectos gerais do desenvolvimento da adolescência, para depois, se compreender algumas das questões relacionadas com a avaliação da doença mental nos adolescentes. No terceiro capítulo, destaca-se os benefícios da dança na área da saúde e depois recorreu-se ao Modelo de Sistemas de Betty Neuman com o objectivo de enquadrar a problemática num quadro conceptual de enfermagem. A forma como se pretende desenvolver este projecto é apresentado no quinto capítulo e o respectivo cronograma em anexo. Por fim, termina-se este trabalho realizando algumas considerações finais.

1. ASPECTOS GERAIS SOBRE O DESENVOLVIMENTO DA ADOLESCÊNCIA

Adolescência em latim significa crescer. A adolescência é um período de transição, um processo dinâmico de passagem entre a infância e a idade adulta que se veste de um conjunto de tarefas de desenvolvimento.

Não existe um consenso quanto à idade em que a adolescência começa e termina. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência é o período entre os 10 e os 19 anos de idade, diferenciando a pré-adolescência entre os 10 e 14 anos enquanto que a adolescência propriamente dita entre os 15 e 19 anos (Valladares, Avanci, Abrão, Pedrão, Luis & Soares, 2005). No entanto, para a Direcção Geral de Saúde (2004), esta ocorre entre os 13 e os 18 anos.

Apesar de não existir um consenso quanto à idade, é certo que a adolescência é um período de grandes mudanças tanto ao nível físico, psicológico, cognitivo, sociocultural e de desafios que visam estabelecer, entre outros aspectos, uma identidade individual e social e desenvolver sentimentos de autonomia (Srinthall & Collins, 2008).

As transformações biológicas da puberdade são as mais evidentes. O aumento de estrogénio e testosterona resultante da secreção do eixo hipotalâmico, hipofisiário e gonadal, são responsáveis pelo desenvolvimento de um conjunto de caracteres sexuais femininos e masculinos.

Alguns autores distinguem puberdade e adolescência. Enquanto que a puberdade diz respeito aos fenómenos fisiológicos relacionados com as mudanças corporais e hormonais, a adolescência geralmente está relacionada com os componentes psicossociais deste mesmo processo, ou seja, à adaptação às novas estruturas físicas, psicológicas e ambientais (Ferreira & Faria, 2010) Assim, numa perspectiva fisiológica, pode-se dizer que as mudanças observadas na adolescência são um fenómeno relativamente universal.

Já numa perspectiva social, a concepção da adolescência tem variado ao longo das décadas. Alguns historiadores defendem que a adolescência é uma construção social e por isso depende de uma inserção histórica e cultural que irá determinar várias formas de viver a adolescência (Ferreira & Faria, 2010). Nas sociedades contemporâneas ocidentais nota-se, cada vez mais, que o período de adolescência tem vindo a ser alargado para que as pessoas tenham mais tempo para cumprir as tarefas evolutivas propostas para esta faixa etária, observando-se que

quanto mais complexas são as sociedades geralmente mais longo é o período da adolescência (Marcelli & Braconnier, 2005).

Havighurst (1953, citado por McKinney, Fitzgerald & Strommen, 1986) enumera essas tarefas de desenvolvimento, algumas das quais são: a aquisição de um sentimento de independência relativamente aos pais, aquisição de habilidades sociais mais maduras com os pares de ambos os sexos, aceitar o seu próprio corpo, desenvolvimento das necessárias habilitações académicas e profissionais, conquistar uma identidade pessoal, uma escala de valores e uma filosofia de vida que guiem o comportamento da pessoa.

Assim, a adolescência é um momento importante no processo de consolidação da identidade pessoal, da identidade psicossocial e da identidade sexual. Para Erikson (1972), embora a construção da identidade se realize ao longo da vida, esta constitui uma tarefa específica desta idade. A construção da identidade é um processo integrador das transformações pessoais, das exigências sociais e das expectativas em relação ao futuro, “Surge do repúdio selectivo e da assimilação mútua de identificações da infância e da absorção destas numa nova configuração, a qual, por seu turno, depende do processo pelo qual uma sociedade (...) identifica o indivíduo jovem, reconhecendo-o como alguém que tinha de tornar-se o que é e que, sendo o que é, é aceite como tal” (Erikson, 1972, pp. 159-160).

Do ponto de vista cognitivo, Marcelli e Braconnier (2005) referem que a inteligência é “na sua acepção mais alargada um fenómeno necessário para que o adolescente possa assumir e integrar as modificações corporais, afectivas e relacionais que se operam dentro e à volta dele” (p.49). Na adolescência, observam-se transformações na capacidade de pensar, raciocinar e de resolução de problemas. Progressivamente os adolescentes pensam de uma forma mais abstracta, especulativa e flexível (Srinthall & Collins, 2008). Esta nova forma de pensar à qual Piaget chamou de operações formais reflecte a aquisição de um raciocínio hipotético-dedutivo. Assim, o adolescente pode pensar de forma abstracta sem necessidade de se apoiar em factos, deduzir mentalmente sobre várias hipóteses, sendo capaz de resolver problemas através de enunciados verbais.

O adolescente passa também a ser capaz de pensar sobre o pensamento, o que lhe irá permitir conquistas no campo moral, permitindo “a consolidação da capacidade de subordinar a acção moral ao julgamento moral, avaliando-a e posicionando-se com base em critérios independentes da própria situação” (Oliveira, 2006, p.429), fala-se aqui sobre a aquisição de uma moral à qual Kohlberg designou de moral convencional.

Fazem igualmente parte do processo de desenvolvimento da adolescência a família, os amigos e a escola.

Segundo Strinshall e Collins (2008) a ideia de que os adolescentes estão sempre em conflito com os pais nem sempre é verdade. De facto, as relações familiares são influenciadas pelas transformações vividas pelos adolescentes o que poderá facilitar ou dificultar esta transição para a idade adulta, bem como, de acordo com a relação, os pais poderão exercer maior ou menor influência sobre o adolescente. Dos pais, para além da transmissão de valores e normas, espera-se sobretudo suporte afectivo ou emocional nesta fase de adaptação às transformações vividas pelo adolescente.

Na adolescência, as amizades que se estabelecem têm como base os sentimentos e os interesses comuns. Por vezes o adolescente vê no amigo o seu próprio reflexo com quem partilha as suas inquietações, pensamentos entre outros. Nesta altura, o grupo de pares desempenha também um papel importante, pois dentro do grupo, o adolescente pode experimentar os papéis da vida adulta, o que será importante para o processo de construção de identidade.

É nas escolas, na companhia dos seus pares e grupos que os adolescentes passam a maior parte do tempo. Enquanto instituição, a escola poderá também ter uma grande influência sob o desenvolvimento dos adolescentes. Segundo Simões (2010), “A percepção de um bom ambiente escolar e de segurança, o sentimento de pertença à escola e de ligação com os colegas e com os professores são factores importantes para o sucesso escolar” (secção Adolescência e Adolescentes, parag. 5) e constitui um importante factor de protecção contra o comportamento desviante.

2. DOENÇA MENTAL NA ADOLESCÊNCIA

Durante vários anos a adolescência foi vista como um período de grande turbulência e instabilidade. Apesar desta perspectiva ter vindo a mudar, uma vez que nem todos os adolescentes vivem dificuldades durante este período, e mesmo os que vivem essas dificuldades, os problemas não se generalizam a todas as áreas de funcionamento do adolescente ou atingem necessariamente graves proporções (Simões, 2010), continua-se a associar a adolescência a um momento de crise face a todas as mudanças a nível biológico, cognitivo, emocional e social que o jovem terá de ultrapassar.

A “crise da adolescência” é várias vezes vista como um momento problemático para os que acompanham estes jovens. Esta “crise”, caracterizada pelas questões do luto, os movimentos de identidade-identificação ou o conflito de gerações e de reivindicações sociais, é algo necessário, maturativo e estruturante (Marcelli & Braconnier, 2005) fazendo, desta forma, parte do desenvolvimento normal do adolescente.

No entanto, segundo a Coordenação Nacional para a Saúde Mental (CNSM) (2009), estima-se que 10 a 20% das crianças e adolescentes tenham um ou mais problemas de saúde mental. Uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas mentais e apenas 1/5 dessas crianças recebe tratamento apropriado (Associação Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência citado por CNSM, 2009).

Distinguir o que é “normal” e patológico em saúde mental na criança e adolescência é por vezes muito difícil, pois um sintoma por si só não implica necessariamente a existência de psicopatologia, bem como, o mesmo sintoma pode estar presente em quadros psicopatológicos distintos (CNSM, 2009).

Avaliar o que é “normal” ou patológico é “saber do significado adaptativo e adaptante do sintoma ou comportamento em causa” (Matos, 1981, p.132). Por isso, é importante que na avaliação em saúde mental e psiquiátrica seja considerado o contexto social, familiar e o momento de desenvolvimento da criança, neste caso, do adolescente.

Sobre o “normal” e o patológico, Coimbra de Matos (1981) fala de “patológico” enquanto “coerência ou não com o funcionamento global do indivíduo (o seu estilo relacional, a sua identidade própria - a peculiaridade de cada um, que importa respeitar; a sua forma pessoal e genuína de experimentar a vida, saborear a existência e realizar a aventura humana); ainda na sua sincronia ou assincronia com a fase evolutiva que é a sua [...], e na sua intencionalidade

de rumo que mostra imprimir à sequência vital futura” (pp.132-133). Assim, neste sentido é patológico “o que exprime desacordo com a pessoa, o que representa atraso ou hipermaturação, o que revela a revivência de conflitos que já deveriam ter sido mais ou menos resolvidos, o que anuncia um risco de ruptura do equilíbrio até então conseguido” (Matos, 1981, p.133).

Apesar da dificuldade desta avaliação, a CNSM (2009, p.16) refere alguns sinais de alerta para referência de adolescentes à consulta de saúde mental infantil e juvenil, nomeadamente:

- Incapacidade para lidar com os problemas e actividade quotidianas;
- Somatizações múltiplas ou persistentes;
- Humor depressivo, ideação suicida, tentativas de suicídio, isolamento relacional;
- Ansiedade excessiva;
- Alterações do pensamento e percepção;
- Sintomatologia obsessiva-compulsiva;
- Insónia grave, persistente;
- Restrição alimentar, preocupação com o peso, comportamentos purgativos;
- Passagens ao acto impulsivas (agressivas ou sexuais) comportamentos auto-agressivos, fugas;
- Comportamentos anti-sociais repetidos.

Contudo, mesmo que algumas dessas alterações sejam observadas e confirmadas, não se pode esquecer que o adolescente é sempre um potencial adulto (Marcelli & Braconnier, 2005). Por isso, para se trabalhar com adolescente é necessário “Uma competência que resulta em primeira linha de poder ser ainda adolescente; o que equivale a manter a esperança no dia de amanhã, aberto o espaço da ilusão criadora, permeáveis às vias de mudança.” (Matos, 1981, p.131).

3. DANÇA E SEUS BENEFÍCIOS

Quase sempre, quando se fala de dança, lembramo-nos do ballet, da dança jazz, danças de salão, entre outras. No entanto, a dança é muito mais do que uma forma de expressão artística, é um fenómeno universal que acompanha o homem desde sempre.

Segundo Sousa (1979), “Qualquer forma de movimento que não tenha outra intenção para além da expressão de sentimentos, de sensação ou de pensamentos, poderá ser considerada como dança. Mais ou menos estética, com maior ou menor aparato, com ou sem musica, se a finalidade do gesto é apenas a expressão trata-se de dança” (p.9). Assim, pode-se dizer que a dança é um óptimo meio de comunicação e de expressão.

Cada vez mais é reconhecido o valor da dança enquanto instrumento educativo (Padovan, 2010) e terapêutico.

Em enfermagem, alguns estudos têm demonstrados os benefícios da dança em pessoas com demência institucionalizadas em lares (Pablo-Bengtsson & Ekman, 2000), adolescentes com doença psiquiátrica (Holyoake & Reyner, 2005) e pessoas laringectomizadas (Peto, 2000). Mas mais ainda noutras áreas como na dançaterapia e não só, estudos têm mostrado os seus efeitos positivos em pessoas adultas com fibrose quística (Goodill, 2005), pessoas com doença de Parkinson (Hackneyn & Earhart, 2009; Hogan, 2010; Lieberman, 2008;), linfoedema (Williams, 2009), depressão leve (Akandere & Demir, 2011; Jeong, Hong, Lee & Park, 2005), na melhoria do equilíbrio em mulheres idosas (Alpert, Havey, Chevalia & Kodanpari, 2009), em mulheres com fibromialgia (Baeza et al., 2010), crianças e adolescentes com cancro (Cohen & Walco, 1999), entre outros.

Num projecto de pesquisa elaborado por Herber (1993) citado por Ravelin, Kylmä e Korhonen (2006) refere que a dança promove aos clientes psiquiátricos capacidade de comunicarem e de se expressarem, bem como, proporciona mudanças positivas nas atitudes relativas ao self, afectos e libertação da tensão e apreensão.

O uso da dança em enfermagem de saúde mental é baseado na ideia do todo (wholeness) do ser humano e da capacidade da pessoa em se expressar através da dança. Espera-se que a dança seja capaz de proporcionar alterações tanto a nível físico como mental, promovendo a saúde e o desenvolvimento da pessoa (Ravelin, et al. 2006).

Num outro estudo realizado por Ravelin et al. (2006) que tinha como objectivo definir o conceito de dança em enfermagem de saúde mental, descrevem:

a dança é um recurso humano aprendido pela cultura. Dança é criatividade, única, mas também um fenómeno universal. Dança implica movimentos do corpo, passos, expressão corporal, sentimentos, histórias, interacção corporal com o próprio e com os outros. Em enfermagem de saúde mental, a dança ajuda a pessoa experienciar «o todo» mental, físico, social e espiritual. Na prática, isto significa que usar a dança enquanto intervenção de enfermagem de saúde mental, pode promover a compreensão pessoal a vários níveis e a interacção social (p.311).

Assim, a dança pode favorecer a auto-reflexão e interacção com outras pessoas o que constitui uma forma de promover a saúde mental. Em situações em que as pessoas tenham dificuldades em se expressarem verbalmente, a dança providencia uma forma de as pessoas se expressarem de forma não verbal. Através da dança as pessoas podem descobrir várias dimensões delas próprias, ajudar no processo de lidar com a sua auto-compreensão, e aceitação, bem como favorece a libertação emocional e a pressão física (Ravelin, et al., 2006). A dança promove o bem-estar holístico e sentimentos positivos e favorece experiências de prazer (Ravelin, et al., 2006).

Numa reflexão teórica realizada sobre o uso da dança e da máscara no sociodrama moreniano com adolescentes em situação de crise, Valladares et al. (2005) referem que a dança facilita a expansão do território interior do adolescente e que ao incluir movimentos criadores estimulam a actividade mental, e “viabiliza a capacidade de dar respostas novas criativas e adequadas a situações inesperadas, além de fazer florescer no adolescente a espontaneidade, tornado-o mais apto a enfrentar a vida” (p.109). Estes autores acreditam que o uso da dança e da máscara favorece a descarga de tensões e a exteriorização da alegria, temores e fantasias.

Num outro estudo de Valladares (2004, citado por Valladares et al., 2005) sobre o uso de arteterapia em criança hospitalizadas, revelou que esta terapia “que tem um enfoque predominantemente não verbal, permitiu a seus participantes experimentarem novos papéis, desenvolverem seu potencial criativo, sua auto-expressão, sua imagem negativa e sua autonomia, além de favorecer a canalização de tensões, a exteriorização mais espontânea de sentimentos, emoções e comunicação de pensamentos” (p.111).

Lane (2005) refere que a pesquisa tem demonstrado que a criatividade cura. Isto vem realçar também os efeitos benéficos fisiológicos que o uso de determinadas actividades que apelam ao processo criativo podem ter.

Segundo Sprinthall e Collins (2008), criatividade “é a capacidade de criar coisas novas e invulgares, ou de encontrar soluções engenhosas e raras para os problemas” (p.136), ou seja, é a capacidade de resolver problemas avançando por novos caminhos (Sousa, 1979), “is bringing something new into being” (Blom & Chapin, citado por Ribeiro, 2011, p.25).

Em enfermagem o uso do processo criativo permite “ampliar o vocabulário de movimentos e torná-los um instrumento valioso para a comunicação e terapia” (Peto, 2000, p.35).

A dança é também um mediador artístico (Bucho, 2009). Segundo Bucho (2009), através de mediadores oferece-se um meio através do qual a pessoa pode comunicar consigo e com o outro, bem como, permite confrontar-se consigo próprio. O distanciamento que se alcança com o uso de mediadores, uma vez que se fala do que se criou e não sobre o próprio, facilita a comunicação e o estabelecimento de uma relação. Isto permite trabalhar com imagens simbólicas, “que ordenam e dão significado às nossas vidas, ao mesmo tempo que permitem que o sujeito estabeleça o seu equilíbrio interno, ao tornar os seus conteúdos inconscientes acessíveis e assim poder aproximá-los da realidade” (Bucho, 2008, p.89).

Em Portugal, no âmbito da enfermagem, o uso da dança/movimento enquanto intervenção de enfermagem é algo ainda pouco estudado. Apenas Pereira (2011), realizou um trabalho piloto com grávidas que frequentavam sessões de preparação para o parto e crianças em situação de internamento. Este trabalho tinha como principal objectivo favorecer a ligação mãe-filho nas grávidas e, nas crianças, promover o bem-estar através da expressão de emoções através do modelo 5 Rhythms of Dance. Esta intervenção mostrou ser geradora de sentimentos de bem-estar nas grávidas e nas crianças permitiu a manifestação de sentimentos de alegria, bem-estar e tranquilidade.

Espera-se com este projecto, contribuir um pouco mais para o conhecimento sobre o uso da dança enquanto recurso terapêutico de enfermagem.

4. MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN, ADOLESCÊNCIA E DANÇA

O modelo de sistemas da Betty Neuman (2011) baseia-se numa perspectiva holística, mais concretamente “wholistic” em que a pessoa/cliente (que pode ser um indivíduo, família, grupo ou comunidade) é vista como um sistema aberto, constituída por cinco variáveis que interagem entre si de forma dinâmica. Estas variáveis são a fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimento e espiritual. “Idealmente as cinco variáveis funcionam de forma harmoniosa e estarão numa relação estável perante a influência de factores de stress¹ tanto do ambiente interno como do externo” (Neuman, 2011, p.16). Esquemáticamente, o sistema-cliente é formado por uma estrutura básica ou core, por linhas de resistência, linhas normal de defesa, e por uma linha flexível de defesa², incorporando todas elas as cinco variáveis.

O ambiente é definido como todos os factores internos ou externos que influenciam o sistema-cliente. Existem três ambientes, o interno de natureza intrapessoal, o ambiente externo que é inter e extra-pessoal e ainda o ambiente criado que é intra, inter e extra-pessoal. Este último ambiente é dinâmico e representa a mobilização inconsciente por parte do cliente de todas as variáveis do sistema, particularmente a variável psicológica e socio-cultural, permitindo a integração, estabilidade e integridade do sistema (Neuman, 2011).

Neuman (2011) fala de saúde como um continuum entre bem-estar e doença, em que a saúde é comparada à estabilidade óptima do sistema, isto é, “o melhor estado possível de bem-estar em determinado momento” (p.23). Esta noção de saúde, implica que o fluxo de energia é continua entre o sistema-cliente e o ambiente. Desta forma, o sistema-cliente tenderá para o bem-estar quando a energia produzida é superior à usada e para a doença quando a energia necessária é superior à produzida pelo sistema.

¹Os factores de stress ou stressores fazem parte do ambiente, como tal, podem ser de natureza intra, inter ou extra pessoal. Os factores de stress produzem tensão e têm a capacidade de romper com a estabilidade do sistema-cliente. Estes podem ser positivos ou negativos, conforme a percepção do cliente e da sua capacidade em lidar com eles. Quando positivos geralmente são designados por eustress.

²De fora para dentro, temos a linha flexível de defesa que tem como principal objectivo defender a linha normal de defesa através de um mecanismo de acordeão dos factores de stress. Quanto mais expansiva estiver esta linha maior é a capacidade de protecção. A linha normal de defesa representa um estado de bem-estar do cliente ou o estado de adaptação que o cliente mantém ao longo do tempo e se considera normal para ele. Esta linha também funciona como padrão para avaliar os desvios do estado habitual de bem-estar do cliente. As linhas de resistência protegem o core, quando um stressor rompe com a linha normal de defesa. Estas linhas comportam recursos internos e externos que suportam a estrutura básica do cliente e a linha normal de defesa. No centro do esquema (semelhante a um núcleo de um átomo), encontra-se a estrutura básica ou core na qual estão incluídos factores básicos de sobrevivência comuns a todos os seres humanos.

Enfermagem são todas as acções que visam manter o nível máximo de bem-estar do sistema-cliente. Estas acções traduzem-se em intervenções³ (primária, secundária e terciária⁴) e procuram proporcionar a estabilidade do sistema através da redução dos factores de stress que podem atingir negativamente o sistema, fragilizando a sua homeostasia. As intervenções a realizar podem contemplar um, dois ou todos os níveis de prevenção em simultâneo.

A prevenção primária tem como principal objectivo o fortalecimento da linha flexível de defesa, promovendo o bem-estar do cliente através da prevenção e redução de factores de risco. Na prevenção secundária, procura-se o fortalecimento das linhas internas de resistência, através do tratamento apropriado dos sintomas, reduzindo a reacção do sistema e aumentando os factores de resistência. A prevenção terciária visa proteger a reconstituição do sistema e o regresso e manutenção do bem-estar após o tratamento. Este processo ocorre de forma circular no sentido da prevenção primária (Neuman, 2011).

No modelo de sistemas de Betty Neuman (2011) a promoção de saúde insere-se na prevenção primária e “deverá idealmente funcionar de forma concertada com a prevenção secundária e terciária com o objectivo de reduzir os riscos de recidiva e promover o bem-estar óptimo da pessoa” (p.29).

A adolescência, por todas as tarefas que acarreta, é um momento propício à instabilidade do sistema-cliente. As transformações inerentes a este período de vida têm implicações em todas as variáveis do sistema. Este, é sem dúvida, um momento de grande vulnerabilidade em que o sistema-cliente está sujeito a um considerável número de factores de stress. A forma como o adolescente interpreta e reage a estes factores de stress irá determinar o seu maior ou menor nível de bem-estar.

O uso da dança enquanto intervenção de enfermagem, visa a estabilização do sistema-cliente através do fortalecimento da linha flexível de defesa, de forma a optimizar o potencial ou a condição de bem-estar do cliente. Assim, espera-se que a dança actue como factor promotor de saúde nos adolescentes.

³ No modelo de sistemas de Betty Neuman (2011) fala-se de prevenção como intervenção.

⁴ A prevenção primária ocorre antes do factor de *stress* atingir o sistema; na prevenção secundária após o factor de stress já ter atingido o sistema; e na terciária a seguir ao tratamento, após a reacção ao factor de stress.

5. METODOLOGIA

5.1. Objectivos do projecto

Os enfermeiros, estão cada vez mais, interessados em intervenções que ajudem o cliente a encontrar e a utilizar de forma mais eficaz os seus recursos. A dança tem-se mostrado um óptimo “instrumento” na ajuda na identificação e revelação desses recursos (Ravelin, et al., 2006).

Em adolescentes com doença mental, a dança poderá funcionar como mediador e proporcionar uma maior consciência de si, aumentar a auto-estima, bem como permitir a expressão de sentimentos.

No entanto, embora dançar seja visto como algo natural do ser humano a exposição ao movimento numa fase inicial, pode trazer sentimentos de vergonha ou timidez. Por isso, este projecto parte também da ideia de partilhar e ajudar os adolescentes a explorar uma outra forma de comunicar e de se expressarem.

Assim, este projecto tem como finalidade a promoção da saúde mental de adolescentes utilizando a dança como recurso terapêutico em enfermagem.

Uma vez que este projecto se enquadra na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, definiu-se dois objectivos gerais:

1. Desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica e;
2. Promover a saúde mental de adolescentes em contexto de hospital de dia.

Embora desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria seja um dos objectivos definidos por todos os discentes que frequentam esta área de especialização, este objectivo torna-se um desafio extra para quem nunca teve experiência profissional nesta área e também com crianças e adolescentes. Assim, como objectivos específicos foram definidos os seguintes:

- 1.1 - Desenvolver conhecimentos do processo saúde/doença mental na criança e adolescente;
- 1.2 - Desenvolver competências no âmbito do estabelecimento de uma relação terapêutica com crianças e adolescentes;
- 1.3 - Desenvolver estratégias comunicacionais com a criança e adolescente;
- 1.4 - Desenvolver intervenções de enfermagem mediante o projecto terapêutico de cada criança/adolescente.

Relativamente ao segundo objectivo geral foi definido como objectivo específico:

2.1 - Planear e desenvolver actividades socioterapêuticas para adolescentes, utilizando a dança como recurso terapêutico.

5.2. Competências do enfermeiro especialista

Este projecto coloca-me numa posição de iniciado (Benner, 2001), pelo que se pretende desenvolver todas as competências inerentes ao papel de especialista. No entanto, pelas características deste projecto, algumas das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2009) poderão tornar-se mais evidentes.

Com base nos objectivos específicos definidos para o primeiro objectivo geral deste projecto, destaco a seguinte competência:

F2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização de saúde mental (OE, 2009, p.23)

Esta competência é descrita como a “Recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes (...). O processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação de comportamentos, de revisão de registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes” (OE, 2009, p.23).

Para o segundo objectivo geral deste projecto destaco a seguinte competência:

F4. Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial, psicoeducacional à pessoa ao longo do seu ciclo de vida, mobilizando o contexto e a dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (OE, 2009, p.26).

Mais concretamente:

F4.2. Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação (pp. 26-27).

No entanto, uma vez que para o meu desenvolvimento ao longo deste processo será necessário assumir uma atitude crítica e reflexiva, destaco ainda a seguinte competência:

F1. Detém um elevado conhecimento de si enquanto pessoa enfermeiro, mercê de vivências, e processo de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (OE, 2009, p.22).

5.3. Plano de trabalho

Com o intuito de desenvolver os objectivos propostos, este projecto desenrolar-se-á em dois locais distintos: primeiro na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia e depois na Clínica da Juventude no Parque de Saúde de Lisboa (ver anexo A - Cronograma de estágio).

A passagem pela Unidade de Internamento da Pedopsiquiatria ajudar-me-á a desenvolver um conjunto de conhecimentos mais abrangentes sobre a criança e o adolescente com doença mental. Estes conhecimentos servirão de alicerces para, posteriormente, poder intervir de forma mais segura em contexto de hospital de dia e em grupos terapêuticos.

A Clínica da Juventude também faz parte do Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital Dona Estefânia e acolhe adolescentes entre os 13 e 18 anos em regime de hospital de dia favorecendo a articulação entre as unidades de internamento e o trabalho comunitário.

Tendo por base o objectivo de planear e desenvolver actividades socioterapêuticas para adolescentes, utilizando a dança como recurso, pretendo na Clínica da juventude formar um grupo de dança e movimento.

Para formar este grupo, pretendo em conjunto com a enfermeira responsável avaliar os adolescentes que possam integrar o grupo (embora, em primeira estância, se preconize que este seja um acto voluntário do adolescente). O número de adolescentes irá depender em primeiro lugar do espaço disponível para a realização destas actividades/sessões, no entanto não deverá ultrapassar os seis adolescentes (Holyoake & Reyner, 2005).

As sessões terão como base alguns pressupostos da dança criativa e improvisação que são métodos usados tanto na dança artística, como também na chamada dança educacional (Sousa, 1979) e até mesmo na dançaterapia (Chaiklin & Wengrower, 2009).

Estas sessões terão como objectivos gerais:

- Proporcionar aos adolescentes momentos de prazer;

- Promover o bem-estar;
- Permitir a expressão de sentimentos;
- Permitir uma maior consciência de si e;
- Promover a relação com os pares.

Estas sessões, deverão ser realizadas sempre na presença de um enfermeiro responsável. O planeamento das sessões deverá ser adequado ao grupo e tendo em conta as necessidades expressas pelo mesmo. Idealmente, o grupo deverá ser fechado para que as sessões se possam desenvolver num *continuum*, isto é, que tenham um princípio, meio e fim. Cada sessão terá uma duração média de sessenta minutos com uma periodicidade semanal a iniciar em Dezembro de 2012.

Cada sessão será avaliada na perspectiva do adolescente através da partilha/conversa informal ou recorrendo a outras técnicas como o desenho ou a escrita, no final de cada sessão. Será também importante avaliar as sessões na perspectiva dos enfermeiros que participarem nestas sessões, para tal, poderei realizar um questionário de avaliação e pedir a colaboração dos enfermeiros participantes para o seu preenchimento.

Será também fundamental eu própria avaliar as sessões, por exemplo, através da identificação dos aspetos positivos e os aspectos a melhorar de cada sessão e reflectir sobre a forma como eu vivenciei as sessões, recorrendo para isso, ao registo em diário de aprendizagem.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pulso 120 é o início da realização de um sonho que passa por conjugar duas áreas, que são para mim muito especiais, a dança e a enfermagem.

Parte deste projecto, nasce da ideia de poder partilhar, isto é, de poder dar aos outros, neste caso em especial aos adolescentes, uma outra forma de comunicarem e de se expressarem permitindo não só a libertação de tensões mas também proporcionar prazer e bem-estar.

Em termos pessoais, não tenho dúvidas que este projecto terá um enorme impacto no meu desenvolvimento pessoal e auto-conhecimento. Este projecto, significa para mim, elevar a enfermagem e a dança a um outro patamar sobretudo no que toca à autonomia e responsabilidade. Penso também, que este projecto trará mais-valias no desenvolvimento da minha relação com as crianças e adolescentes, em que a dança poderá funcionar como mediador e recurso terapêutico.

O desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, proporciona a aquisição de conjunto de ferramentas fundamentais ao desenvolvimento deste projecto e permite-me trabalhar numa área que muito valorizo que é a promoção da saúde mental.

Esta é também uma forma de dar um pouco de mim e do meu conhecimento numa outra área, que é a dança, à enfermagem e contribuir, por muito pouco que seja, para o seu desenvolvimento enquanto disciplina e profissão.

BIBLIOGRAFIA

- Akandere, M. & Demir, B. (2011). The effect of dance over depression. *Collegium Antropologicum*, 35 (3), 651- 656.
- Alpert, P.; Havey R.; Chevalia, T.; & Kodanpari, K. (2009). The effect of modified jazz dance on balance, cognition, and mood in older adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21, 108-115.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto
- Bucho, J. (2009). Arte-terapia: Criação e transformação. In Ferraz (2009). *Terapias Expressivas Integradas*. Venda do Pinheiro: Tuttirév.
- Cohen, S. & Walco, G. (1999). Dance/movement therapy for children and adolescents with cancer. *Cancer Practice*, 7(1), 34-42.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2006). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Resumo executivo*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde.
- Coordenação Nacional para Saúde Mental (2009). *Saúde mental e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde.
- Erikson, E. (1972). *Identidade Juventude e Crise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Ferreira, T. & Farias, M. (2010). Adolescência através dos séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 26 (2) Brasília, 227-234.
- Goodill, S. (2005). Dance/Movement therapy for adults with cystic fibrosis: Pilot data on mood and adherence. *Alternative Therapies*, 11(1), 76-77.
- Holyoake, D. & Reyner C. (2005). Moving body and mind. *Pediatric Nursing*, 17 (4), 36-39.
- Hogan, P. (2010). More evidence on the value of dance. *Running & FitNews*, 28(1), 9-10.
- Joeng, Y.; Hong, S.; Lee, M.; & Park, M. (2005). Dance movement therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression. *The International Journal Of Neuroscience*, 115 (12), 1711-1720.
- Lane, M. (2005). Creativity and spirituality in nursing: Implementing art in healing. *Holist Nursing Practice*, 19 (3), 122-125.
- McKinney, J.; Fitzgerald, H. & Strommen, E. (1986). *Psicologia do desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Editora Campus.

- Marcelli, D. & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Matos (1981). O normal e o patológico na adolescência. Comunicação apresentada numa mesa-redonda sobre problemas psicossociais da adolescência. In Matos (2002). *Adolescência. O triunfo do pensamento e a descoberta do amor*. Lisboa: Climepsi (pp. 131-136).
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5th ed.). USA: Pearson.
- Oliveira, M. (2006). Identidade, narrativa e desenvolvimento na adolescência: Uma revisão Crítica. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 427-436.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de desenvolvimento profissional*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Pablo-Bengtsson, L; Ekman, S. (2000). Dance events as a caregiver intervention for persons with dementia. *Nursing Inquiry*, 7, 156-165.
- Padovan, M. (2010). *Dançar na escola. Perspectivas de aproveitamento didático em contexto de sala de aula*. Porto: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pereira, P. (2011). *5 Ritmos de dança: Grupos de dança e movimento como intervenção terapêutica de enfermagem*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal.
- Peto, A. (2000). Terapia através da dança com laringectomizados: Relato de experiência. *Revista latino-am. Enfermagem*, 8(6), 35-39.
- Ravelin, T.; Kylmä, J. & Korhonen, T. (2006). Dance in mental health nursing: a hybrid concept analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 307-317.
- Ribeiro, C. (2011). *Péantepé - a criatividade no processo de composição coreográfica*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Dança. Lisboa, Portugal.
- Simões, C. (2010). *Adolescentes e comportamentos de saúde*. Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa. Acedido a 28-05-2012 em: <http://hdl.handle.net/10400.21/769>
- Sprinthall, N. & Collins W. (2008). *Psicologia do Desenvolvimento: Uma abordagem desenvolvimentista* (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sousa, A. (1979). *A Dança educativa na escola. Movimento educativo - Expressão corporal - Dança criativa*. Aveiro: Básica editora.

Valladares, A; Avanci, R; Abrão, A; Pedrão, L; Luis, M. & Soares, F. (2005). Reflexão teórica sobre a utilização da dança e da máscara no sociodrama moreniano com adolescentes em situação de crise. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 7(1), 105-112.

Williams, J. (2009). Healthy steps: moving to better health with The Lebed Method. *British Journal of Community Nursing*, 14(4), 27-28.

ANEXO I

Cronograma do Projecto de Estágio

Anexo I – Cronograma do Projecto de Estágio

Anos	2012												2013														
	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Ma.						
Meses	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	20	3	7	14	21	28	4	11	18	25	4	11	18	25	4
Dias	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	19		4	11	18	25	1	8	15	22	1	8	15	22	1	8
Serviço de Internamento																											
Clínica da Juventude																											
Sessões de Dança																											
Elaboração do Relatório																											

APÊNDICE 2

Pulso 120: Projeto de estágio
Objetivos e atividades a desenvolver

Pulso 120 – Projeto de Estágio

Objetivos e atividades a desenvolver

1. Desenvolver competências de enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (Unidade de internamento)

<p>1.1 – Desenvolver conhecimentos do processo saúde/doença mental na criança e adolescente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as principais perturbações psiquiátricas/ motivo de internamento da criança/adolescente; - Realizar pesquisa bibliográfica; - Discutir com o orientador sobre as várias situações clínicas; - Participar nas reuniões multidisciplinares; - Procurar compreender o impacto da doença mental na criança/adolescente e suas repercussões na família; - Identificar e descrever sinais e sintomas da perturbação mental.
<p>1.2 – Desenvolver competências no âmbito do estabelecimento de uma relação terapêutica com crianças e adolescentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer uma relação de confiança com a criança/adolescente; - Favorecer um clima de suporte/apoio; - Promover a autonomia da criança/adolescente; - Favorecer a partilha de sentimentos, pensamentos, medos e dúvidas; - Promover/favorecer o <i>insight</i> na criança/adolescente;

	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar positivamente a criança/adolescente; - Manter o contexto e limites da relação; - Monitorizar reações, sejam elas emocionais ou comportamentais, durante o processo terapêutico; - Desenvolver o meu papel enquanto mediador na relação entre criança/adolescente e família.
<p>1.3 – Desenvolver estratégias comunicacionais com crianças e adolescentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar obstáculos à comunicação; - Adaptar a linguagem/vocabulário de acordo com o nível de desenvolvimento da criança; - Recorrer a mediadores como o brincar, o jogo, o desenho, entre outros; - Recorrer a técnicas de comunicação; - Refletir e analisar momentos de entrevistas.
<p>1.4 – Desenvolver intervenções de enfermagem mediante o projeto terapêutico de cada criança /adolescente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar problemas e necessidades da criança/adolescente e família; - Desenvolver planos de cuidados de enfermagem; - Identificar fatores de stress e de reconstrução da criança/adolescente; - Participar nas reuniões multidisciplinares; - Envolver a família e/ou pessoa significativa no processo terapêutico da criança/adolescente; - Dar apoio e suporte à família.

2. Promover a saúde mental de adolescentes em contexto de hospital de dia

<p>2.1 - Desenvolver atividades socioterapêuticas para adolescentes utilizando a dança como recurso terapêutico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integrar-me e participar nas dinâmicas dos grupos terapêuticos; - Discutir com a enfermeira especialista sobre informação clínica necessária ao planeamento das atividades. - Integrar as reuniões de equipa multidisciplinar; - Avaliar em conjunto com a enfermeira especialista/responsável os grupos em que as atividades de movimento/dança se poderão integrar; - Planear e dinamizar sessões de dança de acordo com as necessidades do grupo; - Procurar dinamizar um momento de partilha e reflexão entre os vários elementos do grupo após as atividades terapêuticas; - Realizar uma reflexão/avaliação pessoal após cada sessão de dança ou outra intervenção em grupo.
--	--

APÊNDICE 3

Contextos de estágio: Caracterização sumária

Contextos de estágio: Caracterização sumária

Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria

Pertencendo a um dos centros hospitalares de Lisboa, a Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria acolhe crianças e adolescentes até aos 18 anos de idade do género feminino e masculino, tendo como finalidade a identificação dos problemas de saúde de cada criança/adolescente de forma a implementar um projeto terapêutico individualizado e personalizado.

Esta unidade é vocacionada sobretudo para situações doença mental aguda e outras perturbações do comportamento sejam elas do fórum alimentar autoagressividade e hétero-agressividade. O Projeto terapêutico individualizado tem como objetivo permitir e recuperar do desenvolvimento da criança/adolescente comprometido face ao problema de saúde/doença apresentado.

A equipa multidisciplinar é constituída por pedopsiquiatras, enfermeiros especialistas em ESMP, enfermeiros de cuidados gerais, psicólogos, uma assistente social, uma dietista, um monitor e vários assistentes técnicos operacionais. Embora a compreensão do fenómeno de saúde-doença seja sobretudo psicodinâmico, as abordagens terapêuticas são influenciadas por diferentes correntes psicoterapêuticas.

Durante o internamento realizam-se atividades lúdicas, didáticas, plásticas expressivas e artísticas. Com estas atividades espera-se, sob a orientação e mediação de um enfermeiro e/ou monitor, que as crianças/adolescentes participem ativamente de acordo com o seu projeto terapêutico.

Embora as atividades sejam planeadas semanalmente, é comum às terças-feiras realizar-se a atividade de culinária, que consiste na confeção de bolos, tartes, entre outros produtos culinários. Esta atividade para além de potenciar o trabalho e a comunicação entre os pares, proporciona também a libertação de tensões através de técnicas como o amassar e bater a massa/creme.

Às quartas-feiras realizam-se as Reuniões Comunitárias onde crianças e adolescentes reúnem-se com a equipa multidisciplinar. Estas reuniões visam compreender a forma como as crianças e adolescentes percecionam os seus problemas e respostas terapêuticas como também conferem a oportunidade para eles partilharem sugestões com vista ao melhoramento adequado das suas necessidades. Após a realização desta reunião, procede-se à Banca das Guloseimas onde as crianças/adolescentes partilham com os profissionais de saúde o que foi confeccionado na atividade de culinária, assumindo cada uma delas uma determinada função, como responsável pela caixa, distribuir chá e fatias de bolo, entre outros.

A Unidade de Internamento é um serviço de porta fechada, cujo contato da criança com o meio exterior é muito limitado e dependente do projeto terapêutico estabelecido. O contato com o exterior é realizado por via telefónica (no máximo quatro chamadas telefónicas, duas efetuadas e duas recebidas) e durante as visitas ou saídas da unidade. As visitas são igualmente adaptadas ao projeto terapêutico da criança/adolescente podendo variar tanto em número como na duração.

Esta unidade é constituída por dois quartos de quatro camas e um de duas camas. Existe ainda um outro quarto, designado de quarto de confinamento, que embora muitas vezes sirva para algumas atividades de relaxamento, é sobretudo utilizado para gestão de comportamentos agressivos ou sempre que é solicitado pela criança/adolescente para estar acompanhado pelo enfermeiro.

Existe uma sala comum de refeições e de estar, que quando é necessário pode ser dividida através de portas de correr. Esta sala tem uma função multiusos, pois tanto serve para a realizar atividades expressivas, como as de movimento e drama, como também jogos ou sessões de cineterapia, ou ainda de estética.

Há ainda uma sala com um computador com acesso à internet. Para aceder à internet a criança tem de pedir autorização ao enfermeiro responsável. Nessa mesma sala estão disponíveis vários conjuntos de jogos e livros que as crianças e adolescentes podem desfrutar.

Todas as janelas são de acrílico e estão trancadas. Durante as refeições, os talheres, pratos e copos fornecidos são sempre de plástico de forma a garantir a segurança da criança e adolescente. Desde o primeiro momento do internamento são indicados às crianças/adolescentes e familiares os objetos permitidos e proibidos no internamento.

Todas as portas têm fechaduras. Embora algumas possam abrir-se do “exterior”. Todos os técnicos/funcionários têm a obrigação de garantir que estas estejam fechadas de forma a minimizar o risco de fuga e a segurança máxima das crianças/adolescentes.

Existe ainda uma sala de enfermagem onde se realiza a passagem de turno, uma sala de tratamento e dois gabinetes. É de salientar que esta unidade está fora do compartimento geral do hospital, localizando-se num pavilhão à parte.

Hospital de Dia de Adolescentes

O Hospital de dia integra uma clínica de adolescentes em Lisboa, especializada no seguimento de adolescentes com idades entre os 13 e os 18 anos (aceitando excecionalmente crianças entre o 10 e 12 anos) de ambos os sexos, com problemas de saúde mental que estejam a vivenciar situações de grande sofrimento emocional, perturbações do comportamento e abandono escolar.

O Hospital de Dia tem como principal objetivo o reequilíbrio afetivo, emocional e comportamental do adolescente e a sua integração familiar, escolar e social. O Hospital de Dia é também responsável pela articulação entre a unidade de internamento e a comunidade e a inserção escolar, favorecendo a continuidade de cuidados terapêuticos, através um tratamento individualizado, de acordo com a evolução clínica e as características individuais de cada adolescente, recorrendo a diversas abordagens terapêuticas.

Localizado no primeiro piso da clínica, o hospital de dia é constituída por várias salas destinadas ao desenvolvimento de várias atividades terapêuticas de grupo orientadas ou por dois enfermeiros, ou por uma terapeuta ocupacional. Existe

também uma sala de jogos que, durante o período em que decorreu este estágio, foi redecorada, e ainda uma sala de computadores inutilizada, que atualmente está a ser transformada na nova sala de dança e movimento. Existem dois gabinetes (um de enfermagem e outro de terapia-ocupacional) destinados ao acompanhamento individual dos adolescentes. Existe ainda uma sala de grandes dimensões, designada de sala polivalente onde se realizam as sessões de cineterapia e as reuniões multidisciplinares, ou outras atividades que necessitem de espaços mais amplos.

O piso zero, pertencente à clínica propriamente dita, é constituído por um balcão administrativo, uma sala de espera e vários gabinetes onde é oferecido acompanhamento individual e em ambulatório de consultas médicas, de psicologia e de enfermagem.

A equipa multidisciplinar que integra a clínica dá apoio ao Hospital de Dia e é constituído por pedopsiquiatras, psicólogas, três enfermeiros, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, administrativas e assistentes operacionais.

Na cave realizavam-se as atividades de culinária, e é onde são oferecidas refeições aos adolescentes. Existe ainda uma sala de técnica de fotografia.

Durante a semana, realizam-se duas reuniões multidisciplinares, uma para discussão de casos da clínica e outra sobre os adolescentes acompanhados em contexto de grupo no Hospital de dia. Cada adolescente integrado no hospital de dia tem um tutor, que funciona como interlocutor privilegiado dentro da equipa multidisciplinar, e na articulação com a família, escola ou outras estruturas da comunidade.

APÊNDICE 4

Hospital de dia: Continuação da experiência de aprendizagem

Hospital de Dia: Continuação da experiência de aprendizagem

Estagiar num Hospital de Dia de Adolescente permitiu conhecer uma outra dimensão/contexto dos problemas/doença mental do adolescente bem como uma outra forma de abordar os cuidados de enfermagem.

Embora o objetivo principal a concretizar neste local de estágio fosse a realização das sessões de dança enquanto recurso terapêutico de enfermagem, este local permitiu a realização de outras atividades como a elaboração de intervenções socioterapêuticas utilizando outros mediadores como a arte plástica e a participação em reuniões multidisciplinares.

A participação nas reuniões multidisciplinares e as discussões realizadas com os enfermeiros especialistas foram fundamentais à integração na equipa e no conhecimento dos adolescentes que frequentam os grupos terapêuticos e suas problemáticas.

Foi durante o período de integração que se foi tornando claro os objetivos propostos para os adolescentes que frequentam o hospital de dia, mais especificamente, o reequilíbrio afetivo, emocional e comportamental, a sua integração familiar, escolar e social e ainda na definição de projetos futuros. Compreendeu-se também a importância do Hospital de Dia, na continuidade de cuidados de enfermagem entre o período de alta/transição da unidade de internamento e a integração familiar e posteriormente na escola e sociedade.

No Hospital de Dia de Adolescentes é igualmente definido um projeto/contrato terapêutico de acordo com o problema/necessidades identificadas do adolescente. Este projeto é posteriormente trabalhado em contexto de grupo e em algumas situações em momentos individuais com o respetivo tutor⁵.

Frequentou-se o Hospital de Dia três vezes por semana, tendo-se participado no total em cinco grupos terapêuticos, todos eles com as suas singularidades. Os

⁵ O tutor é um profissional de referência que poderá ser enfermeiro, terapeuta ocupacional ou outro profissional de saúde.

grupos reuniam-se com uma frequência semanal e eram dinamizados por dois enfermeiros especialistas de ESMP, um dos quais orientador no contexto de estágio.

Dois dos grupos eram organizados em torno de uma atividade específica, um deles na cineterapia e o outro em torno das “Melhores notícias da semana”.

A primeira atividade consistia na escolha de um filme dentro de uma lista disponível. Na maioria das vezes a seleção do filme era realizada pelos adolescentes, embora em algumas ocasiões, quando se pretendia abordar um tema específico, a escolha era realizada pelo enfermeiro especialista. Após a visualização do filme discutia-se sobre o que mais se tinha destacado segundo o olhar de cada um. Utilizando o filme como mediador podia-se discutir sob o ponto de vista do adolescente sentimentos, emoções e conflitos que muitas vezes fazem parte da sua história de vida.

A atividade seguinte consistia na escolha de duas notícias, dentro de vários jornais disponíveis, por cada adolescente que eram depois apresentadas ao grupo e explicado o motivo da sua escolha. Posteriormente, as notícias eram fixadas num cartaz. Os adolescentes que frequentavam este grupo apresentavam alguma debilidade/*deficit* cognitivo e alguns deles com antecedentes de episódios psicóticos. O objetivo desta atividade permitia, identificar problemáticas sociais atuais de interesse para os adolescentes e simultaneamente contextualizar a sua vida em contextos mais alargados (sociais e culturais) trazendo-os para uma realidade/“mundo” maior e exterior a eles. Simultaneamente com esta atividade os adolescentes podiam trabalhar outras capacidades como a atenção e o raciocínio.

Nos outros três grupos utilizavam-se vários mediadores como o desenho, a pintura, escultura, jogos, costura, entre outros. Foi em dois desses grupos que se realizou as sessões de dança e outras atividades terapêuticas.

Embora não se tenha dinamizado nenhuma atividade específica em três desses grupos, a observação, a participação e a intervenção em conjunto com os enfermeiros foram facilitadores na orientação e dinamização das atividades dos outros dois grupos terapêuticos.

Com os grupos *Máscaras caídas* e *Manda cá para fora* procurou-se criar uma ligação entre as sessões de dança e as outras atividades terapêuticas. Pensa-se que esse objetivo foi claramente conseguido com o grupo as *Máscaras caídas*, uma vez que este era o grupo mais “disponível”. Partilhar-se-á dois exemplos, um de cada grupo.

Na sessão número três do grupo *Máscaras caídas*, na fase de relaxamento, foi percebido algumas dificuldades relacionadas com o toque e alguns aspetos mais sensoriais. Face a esta dificuldade elaborou-se uma atividade designada por “*Digitintas*” que, em termos de propriedades terapêuticas específicas, permite a fluidez, ou seja, a expressão de movimentos de forma livre, o despertar sensorial, o toque, a exploração e a descoberta, que, segundo Bucho (2009)⁶ são fatores importantes em pessoas que revelam dificuldade em deixar-se ir, em deixar-se tocar e ainda em relaxar, abandonar, medo de perder o controlo, perder os receios, e que se enquadravam perfeitamente neste grupo. A atividade consistiu em as adolescentes criarem as suas tintas e depois numa folha grande de cenário pintarem o que lhes surgia. Todas as adolescentes aderiram à sessão sem dificuldade. Durante a atividade experimentaram várias formas de pintar, desde deixarem pingar a tinta, tentando criar traços, ou criarem traços a partir de uma “poça” de tinta, misturarem cores, entre outros. Para a maioria das adolescentes a maior dificuldade foi pintar a partir do desenho previamente realizado por outra adolescente, tendo sido este um dos temas de discussão no final da sessão. Relativamente a esta situação algumas adolescentes manifestaram medo em estragar o trabalho do outro e de não irem ao encontro das expectativas do outro no entanto, aparentemente o contrário não se aplicava, ou seja, não se preocupavam que o outro alterasse ou estragasse o trabalho delas existindo um aparente desinvestimento relativamente ao trabalho do próprio.

No grupo *Manda cá para fora*, após duas atividades terapêuticas em que os adolescentes tiveram que partilhar três aspetos positivos relativos a eles próprios e escolherem um animal com o qual se identificavam de acordo com as suas qualidades, foi realizada a sessão número dois, com o tema “Seguir e ser seguido”.

⁶ Bucho, J. (2009). Psicoterapias Expressivas: ao serviço do outro. In Ferraz, M. (Org.). *Terapias Expressivas Integradas*. Venda do Pinheiro: Tuttirév (pp.173-196).

Nesta sessão foi pedido aos adolescentes que realizassem três estátuas que refletissem três das suas qualidades. Nesta atividade realizada a pares, o segundo adolescente funcionava como espelho do outro refletindo o que o primeiro adolescente queria transmitir. Esta atividade consistiu também numa tentativa de os adolescentes “incorporarem” o que sabem que são mas que muitas vezes não o sentem.

A presença constante de dois enfermeiros especialistas, conhecedores profundos das situações dos adolescentes foi facilitadora tanto durante o processo de integração como na orientação das atividades terapêuticas realizadas. Desde o primeiro momento que se sentiu acolhido e ao projeto também.

A presença de estudantes da licenciatura de enfermagem trouxe algumas dificuldades em termos de coordenação na dinamização das atividades terapêuticas, pelo que o cronograma foi tendo várias alterações ao longo da implementação do projeto. No entanto, a presença de estudantes na fase inicial da implementação das sessões de dança acabou por também ser um fator facilitador.

À medida que a timidez se foi desvanecendo durante esta experiência de estágio progressivamente foi-se melhorando a forma de estar e de se comunicar em/com o grupo. A realização das atividades que se propuseram foram essências e facilitadores nesse desenvolvimento e na concretização do objetivo relativo ao planeamento e desenvolvimento de atividades socioterapêuticas para adolescentes utilizando a dança como recurso terapêutico.

APÊNDICE 5

Exemplo de duas sessões de dança

Data: Quinta-feira, 6 de Fevereiro de 2013

Sessão nº. 3 A

Tema: Máscaras e “Guerras”.

Objetivos: Estimular a criatividade; promover a confiança; estimular o sentido de pertença ao grupo.

Duração total: Aproximadamente 80 minutos.

Material: Sala ampla, roupa confortável, leitor de Mp3, colunas, mantas ou tapetes. Material de maquilhagem, toalhetes desmaquilhantes.

Plano da Sessão:

Intervenções	Músicas	Tempo
Aquecimento		20 min.
1. Antes de iniciar o aquecimento propriamente dito é pedido aos adolescentes que se pintem/maquilhem ajudando-se uns aos outros criando uma espécie de máscara e que partilhem posteriormente ao grupo, explicando o que é ou quem é a máscara que criaram.	Bunny Berigan – <i>Caravan</i> ; Jorge Palma – <i>Na Terra dos Sonhos</i>	2.11 2.39
2. Ao ritmo da música, realizar o “Jogo das Cadeiras”.	Abba – <i>Mamma Mia</i> Deolinda – <i>Movimento Perpétuo</i>	3.31 2.32
3. Começar a andar livremente pela sala ocupando os espaços vazios. Progressivamente ir aquecendo as várias partes do corpo segundo indicação do terapeuta.	René Aubry - <i>Demi-lune</i> Yiruna – <i>River Flows in you</i>	4.11 3.00

<u>Desenvolvimento</u>		35 min.
4. Deslocando pela sala e ocupando todos os espaços livres o terapeuta dirá várias formas de andar, por exemplo: em bicos de pés, com os calcanhares, com os joelhos fletidos, como se tivessem coxos, como se fossem muito velhinhos, como se fossem crianças, etc.	David Lang – <i>Press</i> <i>Release</i> ; René Aubry – <i>Sette Bello</i>	3.09 2.40
5. Após experimentarem várias formas de andar, é pedido a cada adolescente que crie um andar de acordo com a sua máscara que posteriormente todo o grupo deverá imitar.	René Aubry – <i>Prima Dona</i>	3.03
6. Posteriormente formam-se dois pequenos grupos. Cada grupo deverá escolher um líder. Os dois grupos deverão colocar-se frente a frente. O líder de um dos grupos deverá criar uma frase de movimento que depois todo o grupo ao qual pertence deverá copiar. Na mesma dinâmica o outro grupo deverá criar outra frase movimento em resposta ao outro grupo. Após 3 ou quatro vezes o líder de cada grupo muda. Se o grupo quiser poderão também usar sons.		
7. Depois aos pares (um elemento de cada grupo) simulará uma pequena batalha. Se for complicado para o grupo, poder-se-á formar duas filas e a deslocarem-se simular movimentos de boxe, <i>karaté</i> , como se estivessem a fitar, como se tivessem uma espada, entre outros.	Benoît Jutras – <i>Incantation</i>	5.22
8. Para terminar realizar o “Grito de Guerra”.		
<u>Relaxamento</u>		15 min.
9. Com os adolescentes espalhados pela sala, o terapeuta irá fazer alguns exercícios de alongamentos das várias partes do corpo, que os adolescentes seguirão.	Wim Mertens – <i>Compass</i> <i>Strokes</i>	4.40

10. Sentados em círculo, os adolescentes realizarão uma automassagem segundo as indicação do terapeuta.	Wim Mertens – Passend Sakamoto - Opus	4.17 4.31
<u>Avaliação</u>		10 min.
11. Pedir aos adolescentes para partilharem sobre o que foi mais simples e mais difícil para eles e como foi ter que liderar o grupo.		

APÊNDICE 6

Registo de observação das sessões de dança

Pulso 120 – Registo de observação das sessões de dança

Sessão nº _____ Tema: _____ Data: _____

Nomes	Interação com o grupo	Interação com o par	Concentração	Exploração de movimento	Relaxamento	Avaliação	Observações

Legenda:

Nunca demonstrado: 1

Raramente demonstrado: 2

Algumas vezes demonstrado: 3

Frequentemente demonstrado: 4

Consistentemente demonstrado: 5

Não Aplicável: NA (0)

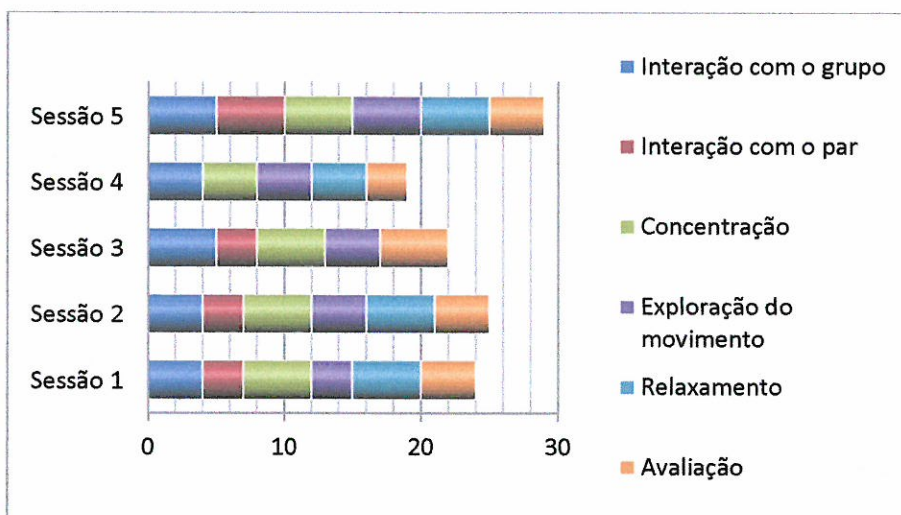
APÊNDICE 7

Gráficos de evolução dos adolescentes ao longo das sessões de dança

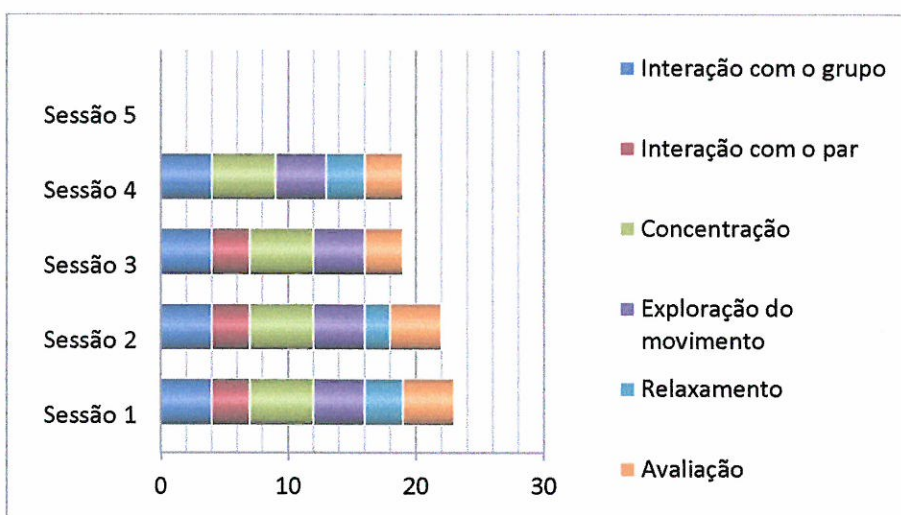
Gráficos de evolução dos adolescentes ao longo das sessões de dança

Grupo A - Máscaras caídas

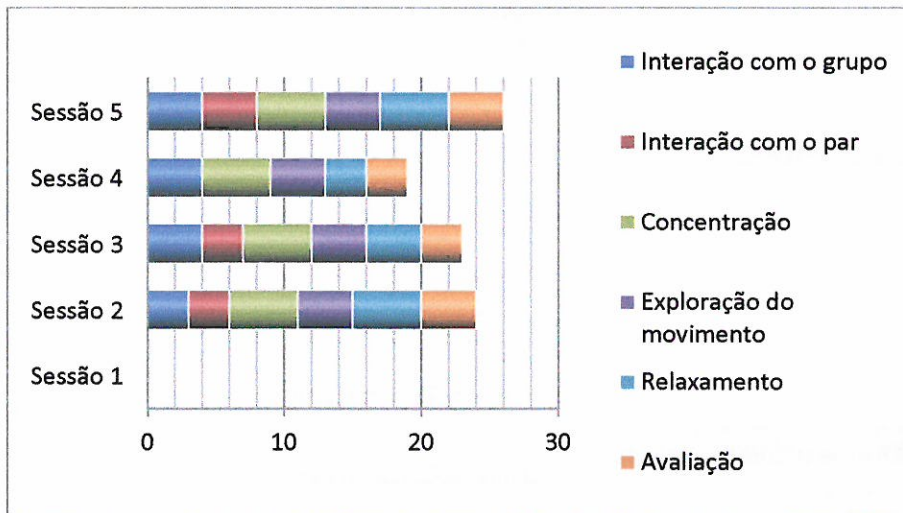
Adolescente 1



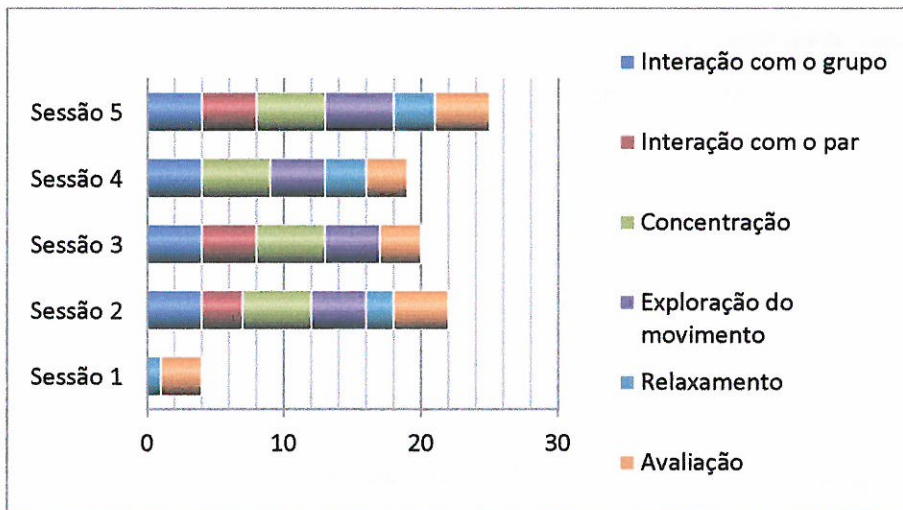
Adolescente 2



Adolescente 3

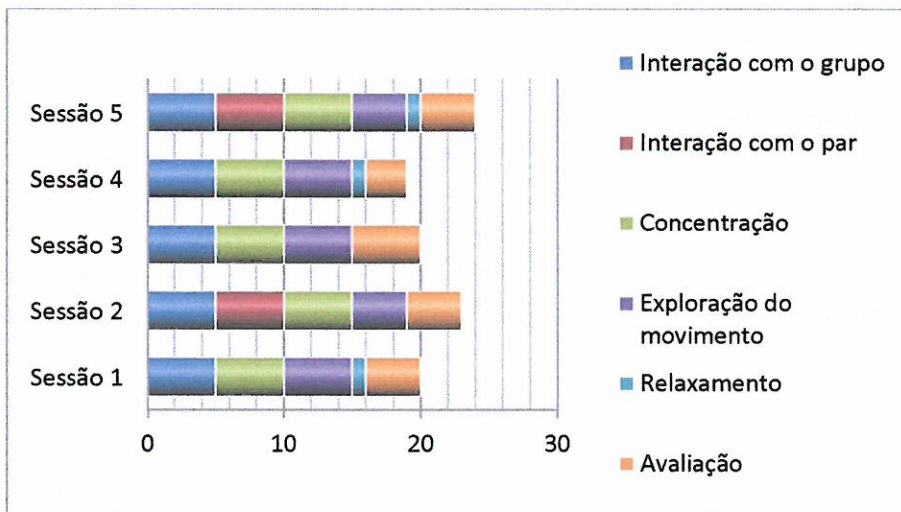


Adolescente 4

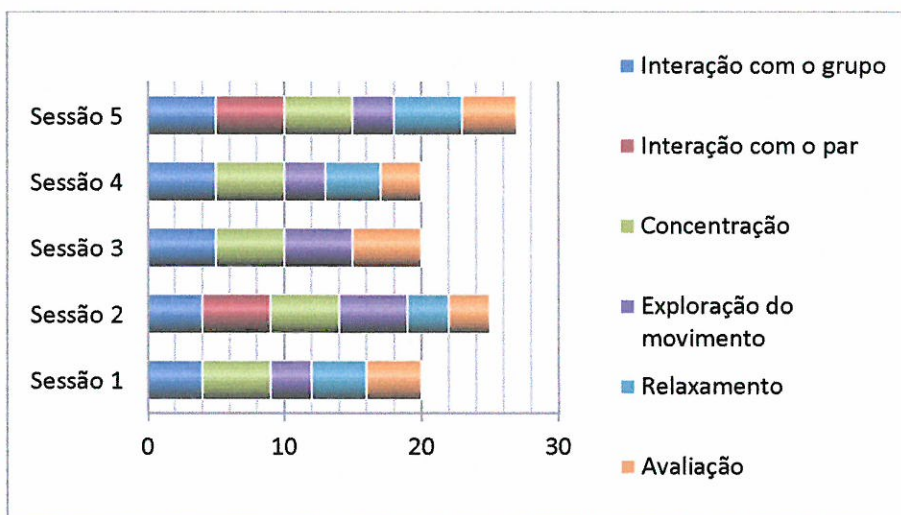


Grupo B - Manda cá para fora*

Adolescente 1

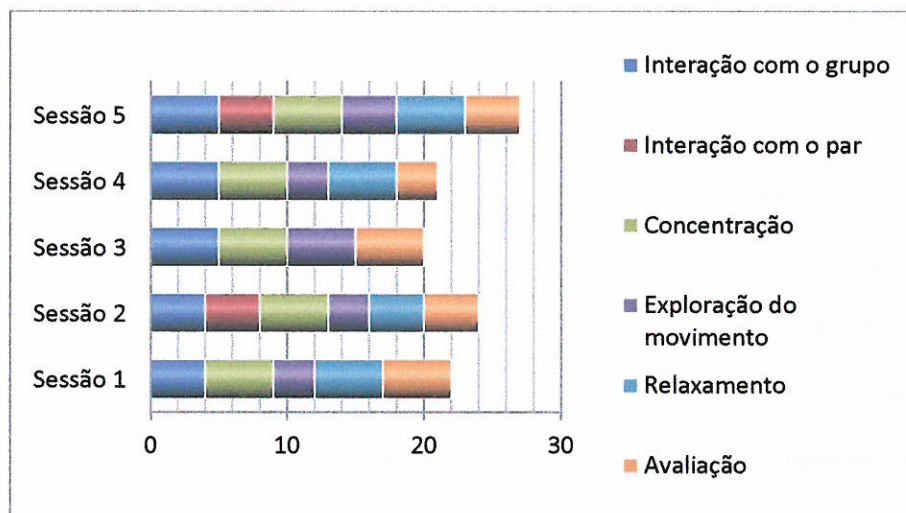


Adolescente 2

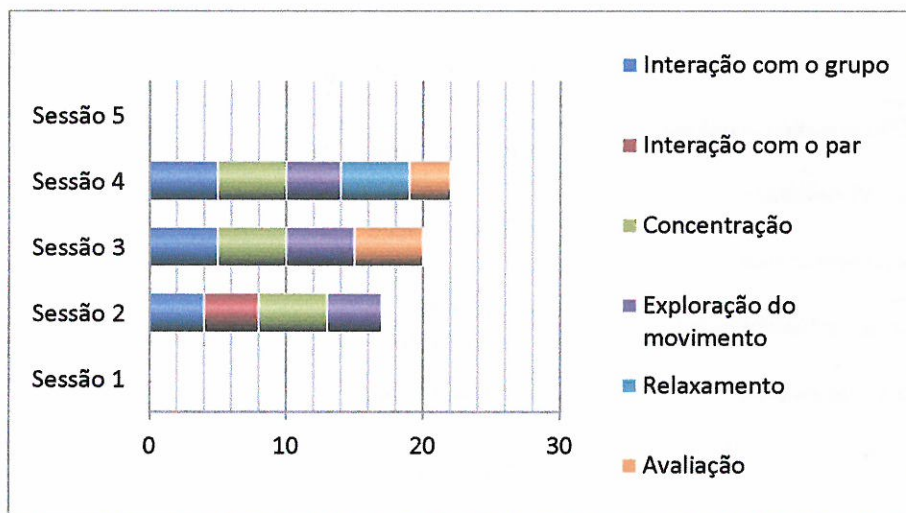


* Apresenta-se apenas a evolução dos adolescentes que participaram em três ou mais sessões.

Adolescente 3



Adolescente 4



APÊNDICE 8

Avaliação das sessões terapêuticas de dança

Avaliação das sessões terapêuticas de dança

Com o objetivo de avaliar as sessões de dança/movimento no âmbito da intervenção de enfermagem na qual participou, solicita-se que assinale com um X o que corresponde à sua apreciação e posteriormente responda à questão seguinte.

Fica garantida a livre expressão de opinião, anonimato e confidencialidade pelo que se pede que coloque a sua resposta no envelope respetivo que depois será recolhido.

	Inadequado	Adequado	Muito adequado
Avaliação das atividades			
• Exercícios propostos			
• Música			
Avaliação do terapeuta			
• Condução do grupo			
• Interação com o grupo			
• Dinamismo			
Avaliação do grupo			
• Adesão do grupo			

As sessões de dança trouxeram algum benefício aos grupos? Se sim, quais?

No espaço seguinte sugere-se que dê uma opinião/sugestão/crítica relativamente às sessões em que participou.

Obrigada pela sua colaboração.

ANEXO I

Conteúdo do movimento

Conteúdo do movimento			
Ações do corpo – o que é que o corpo pode fazer	Dinâmica – Como se move o corpo	Espaço – Onde se move o corpo	Relações – Com quem ou com o quê
<p>Ações do corpo: Caminhar, viajar, pausas, saltar, virar, equilibrar, torcer, transferir peso, gestos, dobrar, esticar, cair, inclinar, vibrar, respirar, balançar, abrir, fechar, contrair...</p> <p>Partes do corpo: Cabeça, pescoço, tronco, cotovelos, dedos, braços, pernas, mãos, anca, coxas, joelhos, tronco, abdómen...</p> <p>As partes do corpo podem: Moverem-se individualmente, sucessivamente, simultaneamente ou guiar o movimento.</p> <p>Formas do corpo: Torcido, redondo, esticado, plano, angular, simétrico, assimétrico.</p>	<p>Tempo: Rápido, lento, pausado, frenético, calmo, regular, apressado, prolongado, ritmado, aumentando, diminuindo, repentino...</p> <p>Peso: Forte, suave, leve, pesado, com tração, lutando, firme, poderoso, fino, delicado...</p> <p>Energia/Fluência: Explosivo, contínuo, controlado, irregular, fluente, contido, regular, errática...</p> <p>Espaço: Expansivo, constrangido, direto, flexível, linear...</p>	<p>Espaço: Pessoal ou geral, utilizando foco ou pontos fixos, próximo, longe, junto e afastado.</p> <p>Tamanho do movimento: Pequeno e grande.</p> <p>Níveis: Alto, médio, baixo, pelo ar, pelo chão...</p> <p>Direções: Para cima, para baixo, para frente, para trás, para o lado, dum lado para o outro, na diagonal...</p> <p>Padrões: Curvo, direito, circular, irregular, direto, deambulando, linear, angular, zig-zag, espiral.</p>	<p>Relação: Perto, próximo, afastando-se, aproximando-se, individualmente, lado a lado, frente a frente, cooperativamente, a pares, trios, em grupo.</p> <p>Com os pares: Liderar, seguir, em espelho, em harmonia, em oposição, simultaneamente, <i>canon</i>, sucessivo, complementando, contrastando, unido, Por baixo, à volta, pergunta resposta...</p> <p>Com objetos e ambiente: Roupas, malas, jornais, bolas, cadeiras, escadas, portas, cantos...</p>

Adaptado de: Evans, J. & Powell, H. (1996). *Inspirations for dance and movement*. Leiceste: Scholastic, p.20.

ANEXO II

Bibliografia de apoio às sessões de dança/movimento

Bibliografia de apoio às sessões de dança/movimento

Brandes, D. & Phillips, H. (2010). *Manual de jogos educativos: 140 jogos para professores e animadores de grupos*. Lisboa: Padrões Culturais.

Evans, J. & Powell, H. (1995). *Inspirations for dance & movement*. Warwickshire: Scholastic Ltd.

Hall, J. (1997). *Dance for juniors*. London: A & C Black.

Laban, R. (1990). *Dança Educativa Moderna*. São Paulo: Ícone

Manes, S. (2011). *83 Jogos Psicológicos para a dinâmica de grupos*. (10ª ed). Apelação: Paulus.

Sousa, A. (1979). *A dança educativa na escola. Movimento educativo - Expressão corporal - Dança criativa*. Aveiro: Básica Editora.

Wiertsema, H. (1998). *100 Jogos de Movimento*. (2ª ed). Coleção Práticas Pedagógicas/Clube do Professor. Rio Tinto: Edições Asa.

