



Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio

**Promoção das Competências Socioemocionais dos
Adolescentes com Problemáticas de Saúde Mental**

Socio-Emotional Skills Promotion of Adolescents with Mental Health
Problematics

Isabel Beatriz Gonçalves França Gomes

Lisboa
2024



Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio

**Promoção das Competências Socioemocionais dos
Adolescentes com Problemáticas de Saúde Mental**

Socio-Emotional Skills Promotion of Adolescents with Mental Health
Problematics

Isabel Beatriz Gonçalves França Gomes

Orientador: Professor José Manuel Tátá Falé

Lisboa
2024

“O princípio do mundo começou agora,

A semente será fruto pela vida fora”

Pedro Abrunhosa

Agradecimentos

Às enfermeiras orientadoras, que estiveram sempre a orientar o meu percurso formativo e que me ajudaram a desenvolver as competências de mestre e especialista;

Às equipas dos locais de estágio, que me fizeram sentir em “casa”;

Ao professor orientador, que esteve presente nos momentos de reflexão e que me ajudou a olhar mais além;

Às crianças e jovens, com quem tive o prazer de intervir e que, sem elas, nada disto seria possível. Partilho o meu profundo respeito por todas as histórias que me passaram por entre os dedos e que tiveram um impacto no meu crescimento pessoal e profissional;

À minha família, que esteve a acompanhar e a incentivar o meu caminho. Mesmo que por vezes longe, estiveram sempre por perto, com especial agradecimento ao meu pai, à Sílvia, à D^a Ludovina e aos meus irmãos Vasco e Bernardo.

Ao Décio, pelo companheirismo, pela paciência, escuta e compreensão que teve ao longos destes meses;

Às minhas amigas, que fizeram visitas frequentes e me apoiaram à distância de uma mensagem, em especial, à minha Figueirinha;

À equipa com quem trabalho, nomeadamente a chefia e enfermeiras com quem tenho maior proximidade, pelo alento, opinião e apoio que deram neste percurso;

À equipa, às crianças e jovens com quem trabalhei anteriormente, na Madeira, que me fizeram apaixonar pela área da Saúde Mental na população infanto-juvenil!

OBRIGADA!

Lista de abreviaturas e siglas

AN - Anorexia Nervosa

CASEL - *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;

DGS - Direção-Geral da Saúde

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*;

NIC - *Nursing Interventions Classification*;

NOC - *Nursing Outcomes Classification*

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCA - Perturbação do Comportamento Alimentar

PEA - Perturbação do Espectro do Autismo

SEL - *Social and Emotional Learning*

Resumo

O desenvolvimento das competências socioemocionais tem-se demonstrado determinante na promoção da saúde mental das crianças e adolescentes. Ao serem promovidas desde a infância, estas competências auxiliam na gestão das emoções, na criação de relações interpessoais positivas, na resolução de problemas, na tomada de decisões e no desenvolvimento de comportamentos sociais saudáveis, atuando também na prevenção de comportamentos de risco e na prevenção de doenças mentais.

Baseado no Modelo *Social Emotional Learning* (SEL), o Plano Nacional de Saúde Escolar procura desenvolver estas competências na população estudantil, mas, pela sua transversalidade e pertinência, estas também devem ser promovidas numa população com problemáticas na saúde mental, apesar da literatura não demonstrar abundância de projetos de intervenção para esta população.

Foi desenvolvido um projeto de intervenção com o intuito de promover as competências socioemocionais, implementado no estágio hospitalar, a uma população de adolescentes com problemáticas na sua saúde mental, identificadas previamente, sendo oportuno para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP). As intervenções psicoterapêuticas realizadas, essencialmente em contexto grupal, verificaram-se uma estratégia relevante no processo de recuperação dos jovens.

Como resultados, os jovens sabiam identificar as emoções que vivenciavam, adquiriram estratégias para as gerir, assim como desenvolveram competências sociais. Contrariamente ao início do internamento, vários jovens foram capazes de pedir ajuda quando necessário, espelhando assim um processo de recuperação, potenciado pela aquisição de competências socioemocionais necessárias para o período pós-alta. Foi também observada uma crescente adesão, envolvimento e satisfação dos jovens ao longo das sessões desenvolvidas.

Os estágios permitiram o desenvolvimento das competências do EEESMP, salientando-se a mobilização do 'eu' enquanto instrumento psicoterapêutico na relação com os jovens.

Palavras-chave: Adolescente; Competência Social; Enfermagem Psiquiátrica; Promoção de Saúde Mental; Competência Emocional.

Abstract

The development of socio-emotional skills has been shown to be crucial in promoting the mental health of children and adolescents. When promoted from childhood, these skills help in managing emotions, creating positive interpersonal relationships, solving problems, making decisions and developing healthy social behaviors, also acting in the prevention of risk behaviors and prevention of mental illnesses.

Based on the Social Emotional Learning Model (SEL), the National School Health Plan seeks to develop these skills in the student population, but, due to their transversality and relevance, they should also be promoted in a population with mental health problems, despite the literature doesn't demonstrate the abundance of intervention projects for this population.

An intervention project was developed with the aim of promoting socio-emotional skills, implemented in the hospital internship, to a population of adolescents with previously identified mental health problems, being opportune for the development of Specialist Nurse skills in Mental Health Nursing and Psychiatric. The psychotherapeutic interventions carried out, essentially in a group context, proved to be a relevant strategy for the recovery process of young people.

As a result, young people knew how to identify the emotions they were experiencing, acquired strategies to manage them, as well as developing social skills. Unlike at the beginning of hospitalization, several young people were able to ask for help, when necessary, thus mirroring a recovery process, enhanced by the acquisition of socio-emotional skills necessary for the post-discharge period. An increasing adherence, involvement and satisfaction of young people was also observed throughout the sessions developed.

The internships allowed the development of EEESMP skills, highlighting the mobilization of the 'self' as a psychotherapeutic instrument in relationships with young people.

Keywords: Adolescent; Social skill; Psychiatric Nursing; Mental Health Promotion; Emotion skill.

Índice

Índice de Quadros	10
Introdução.....	11
PARTE I – As Competências Socioemocionais dos Adolescentes	13
1.1. Caracterização da problemática de partida.....	13
1.2. Enquadramento conceptual	14
1.2.1. As competências socioemocionais	14
1.2.2. A saúde e a doença mental na adolescência	17
1.2.3. Estratégias de promoção das competências socioemocionais.....	19
1.2.4. Perspetiva teórica de Enfermagem de Betty Neuman	24
PARTE II - Projeto de Intervenção: Promoção das Competências Socioemocionais dos Adolescentes com Problemáticas de Saúde Mental	26
2.1. Objetivos	26
2.1.1. Objetivos gerais:	26
2.1.2. Objetivos específicos:	26
2.2. Metodologia.....	27
2.3. Contextualização do local de intervenção	28
2.4. Programa de intervenção	30
2.5. Avaliação e limitações do projeto.....	43
PARTE III – Análise Reflexiva do Processo de Desenvolvimento de Competências	47
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	48
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	49
3.3. Competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	56
4.Considerações	Éticas
.....	57

5.Considerações	Finais
.....	60
Referências Bibliográficas	62
Apêndices.....	
Apêndice I – Autorretrato	
Apêndice II – Roda das Emoções	
Apêndice III – Puzzle Social.....	
Apêndice IV – Gestão de Conflitos.....	
Apêndice V – Resiliência.....	
Apêndice VI – Jogo da Glória	
Apêndice VII – Regras Jogo da Glória	
Anexos	
Anexo I – Modelo SEL.....	
Anexo II – Domínios e subdomínios Modelo SEL.....	

1 Índice de Quadros

Quadro 1 - Sessões implementadas	30
Quadro 2 - Sessões versus Domínios/Subdomínios SEL desenvolvidos.....	30

Introdução

O presente relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), desenvolvida no ano letivo 2023/2024, com o intuito de descrever e analisar a aquisição e aprofundamento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) e as competências de mestre.

A produção deste relatório tem como objetivo relatar todos os momentos da minha aprendizagem que contribuíram para o desenvolvimento das competências do EEESMP, que foram também ao encontro dos meus objetivos pessoais e profissionais, destacando como principal objetivo a intervenção de grupo com jovens com problemáticas em saúde mental a fim de promover as competências socioemocionais.

Sabe-se que metade das problemáticas na saúde mental do adulto manifestam-se antes dos 14 anos e a depressão é a patologia mais prevalente e incapacitante nesta faixa etária. O não atendimento destas necessidades na infância/adolescência tem como repercussão estender a patologia até à fase adulta, causando várias limitações no futuro. Assim, a promoção e prevenção em saúde mental é fundamental, devendo ser realizada com enfoque nos fatores protetores, minimizando os comportamentos de risco e educando esta população na adoção de estratégias de *coping* mais eficazes. A educação sobre saúde mental e o desenvolvimento de competências a serem utilizadas no quotidiano da população são alguns dos exemplos de atividades propostas pela Organização Pan-Americana da Saúde e que foram aplicadas no projeto de intervenção (Organização Pan-Americana da Saúde, n.d.).

No decorrer do relatório, serão descritas as atividades realizadas durante os dois estágios desta unidade curricular: um estágio em contexto de internamento e outro em contexto de cuidados diferenciados. No contexto de internamento, o estágio desenrolou-se num serviço de curto internamento numa população infantojuvenil, seguindo-se o último estágio numa unidade especializada em problemáticas da saúde mental na infância precoce, ambos na área da Grande Lisboa.

Ambos os estágios possibilitaram o desenvolvimento de competências, no entanto, elegi o contexto de curto internamento para desenvolver o projeto de

intervenção, que aborda o desenvolvimento de competências socioemocionais nos jovens com problemáticas em saúde mental, desenvolvendo a minha intervenção em contexto de grupo. O interesse por trabalhar este tema manifestou-se ao longo do primeiro estágio (segundo semestre do primeiro ano) realizado na comunidade, mais especificamente, em contexto escolar. Uma vez que um dos estágios desenrolar-se-ia no curto internamento, decidi desenvolver este tema, visto ter conhecido a realidade atual dos jovens no contexto escolar, tendo-a confrontado com uma revisão narrativa da literatura. Constatei que a evidência científica aponta para a importância deste tema também ser trabalhado nos jovens com psicopatologia conhecida, dado que, normalmente, é abortado com jovens sem patologia.

O trabalho está estruturado em três partes. A primeira parte refere-se à pesquisa e à caracterização da problemática de partida. Na segunda parte, é desenvolvido o planeamento e execução do projeto, seguida pela terceira parte, onde é feita a análise das competências desenvolvidas. O relatório conclui-se com as considerações éticas e finais do percurso de desenvolvimento de competências. Apresentam-se como elementos pós-textuais - os anexos e apêndices - como informações complementares ao relatório.

PARTE I – As Competências Socioemocionais dos Adolescentes

1.1. Caracterização da problemática de partida

Vários estudos têm revelado a importância da promoção das competências socioemocionais como preditores da saúde mental, do bem-estar e do bom desempenho acadêmico das crianças e jovens. De ressaltar que um funcionamento socioemocional menos ajustado, está intimamente ligado às dificuldades comportamentais, pessoais, sociais e acadêmicas. A promoção destas competências é refletida por diversos autores como uma prioridade nacional nos seus países (*Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning - CASEL*, 2024; Denham, Wyatt, Bassett, Echeverria & Knox, 2009; Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor & Schellinger, 2011).

O Modelo *Social and Emotional Learning* (SEL) é um modelo que planeia atividades, com o intuito de promover gradualmente as competências socioemocionais, essenciais para todos os indivíduos, de forma a capacitá-los a encarar as variadas situações do quotidiano (Direção-Geral da Saúde - DGS, 2019). Este conceito vai ao encontro da definição de saúde mental da Organização Mundial de Saúde (OMS): pelo que se entende como um estado de bem-estar mental que permite às pessoas lidar com os desafios do dia-a-dia, adquirindo capacidades essenciais tais como a tomada de decisão e estabelecimento de relações interpessoais, de forma a contribuir para a comunidade (OMS, 2022).

Adotou-se este modelo em vários contextos científicos: educação, ciências sociais, neurociências, entre outros (DGS, 2019). Neste sentido, foi identificada a real necessidade de intervenção num grupo de jovens com várias problemáticas na sua saúde mental, num contexto de curto internamento, e, posteriormente, foi desenvolvido o projeto de intervenção neste grupo específico com o objetivo de desenvolver as competências socioemocionais.

O intuito de trabalhar esta temática com jovens com patologia surge no sentido de ajudar a recuperar a saúde mental, considerando que a promoção das competências sociais e emocionais tem diversos benefícios especificamente nesta população, tal como sugere a evidência científica.

1.2. Enquadramento conceptual

1.2.1. As competências socioemocionais

A competência emocional remete para a expressão, regulação e conhecimento emocional, interligada à identidade e história do indivíduo. Estas competências são responsáveis pela capacidade de interagirmos, autorregularmos e estabelecermos relações interpessoais positivas (DGS, 2019).

A emoção também pode ser vista como um meio que permite avaliar o ambiente e produzir uma resposta adaptativa ao mesmo. Na presença de um estímulo, real ou memória, o cérebro produz uma resposta normalmente automática a nível emocional, visto que há o desencadeamento da emoção através de um estímulo-emocional-competente, existindo uma avaliação da situação por meio do pensamento. Desta forma, existe um padrão de resposta emocional, o que pressupõe que a pessoa está acomodada no ambiente. Contudo, também é verificado que a emoção pode surgir sem a pessoa ter consciência do fator que a desencadeou (Damásio, 2012).

Em relação ao conceito de competência social, esta abrange diversos tipos de habilidades e processos, incluindo comportamento interpessoal, empatia, assertividade, gestão da ansiedade e da raiva, e habilidades de conversação. Além disso, envolve o desenvolvimento e manutenção de relações íntimas, como comunicação, resolução de conflitos e competências de intimidade (DGS, 2019).

As competências socioemocionais podem também ser definidas como um conjunto de traços, comportamentos e habilidades que incluem diferentes variáveis:

- “1. Variáveis como atitude, valores, interesse e curiosidade;
 2. Variáveis de temperamento e personalidade como abertura a novas experiências, amabilidade, conscienciosidade, extroversão e estabilidade emocional;
 3. Variáveis sociais como liderança, sensibilidade social e habilidade de trabalhar com outros;
 4. Construtos voltados à autoeficácia, autoestima e identidade pessoal;
 5. Hábitos de trabalho, tais como esforço, disciplina, persistência e manejo de tempo;
 6. Emoções direcionadas a tarefas específicas, notadamente entusiasmo e ansiedade”
- (Abed, 2014; Lee et al., 2009; citados por Santos, Silva, Spadari & Nakano, 2018, p. 7).

Assim sendo, tendo em conta que a metodologia de projeto pressupõe uma ligação à investigação para a resolução de problemas, surgiu a necessidade de contextualizar o presente foco de intervenção, com o objetivo de desenvolver as competências do EEESMP, através de uma revisão da literatura, pelo que só assim

será possível obter uma prática baseada na evidência (Antunes, Ruivo, Lopes, Leal & Deodato, 2010).

Procedeu-se à realização de uma revisão narrativa da literatura, a qual responderia à seguinte questão de partida: “*Qual o impacto do desenvolvimento das competências socioemocionais na saúde mental dos adolescentes?*”. Utilizou-se a literatura cinzenta e as bases de dados *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete* e *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, através de motores de busca bibliográfica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, durante o mês de junho de 2023, em que foram utilizados os seguintes descritores: [TI *socioemotional development* OR TI (*socioemotional learning* or *socioemotional skills*) AND TI (*adolescents* or *teenagers*)] AND [TX *promotion* or *promote* or *promoting*]. Foram encontrados 13 artigos, no entanto, após a leitura do título e resumo, apenas 3 correspondiam aos critérios de pesquisa. A pesquisa foi limitada a artigos completos na língua inglesa e/ou portuguesa, publicados nos últimos 10 anos.

Num estudo realizado por Troop-Gordon & Unhjem (2018), foram incluídos 366 alunos para compreender a intervenção social entre os pares. Sabe-se pouco sobre este tipo de intervenção nos efeitos negativos da vitimização entre pares, que resulta de uma relação em que um dos jovens demonstra maior poder sobre o outro. Este estudo teve como objetivo compreender os efeitos do “*prosocial peer treatment*”, em que predomina a promoção da relação de empatia, ajuda e partilha, de forma a contribuir para um desenvolvimento socioemocional mais saudável. Concluíram que esta intervenção não é apenas um indicador de bem-estar emocional, mas também atua como um mecanismo de defesa nas situações de stress e vitimização entre os pares que, por esse motivo, diminuem os sintomas depressivos nesta população-alvo e o comportamento agressivo entre pares.

Ferrar, Stack, Dickson & Serbin (2020) dedicaram o seu estudo à observação de resolução de conflitos e expressão de emoções entre a díade mãe e pré-adolescente. Incluíram 94 díades no seu estudo e conseguiram analisar que as mães e os pré-adolescentes foram mais agressivos e assertivos quando estavam zangados, ao passo que se demonstraram mais conciliadores e evitativos quando estavam tristes. Posto isto, os autores chegaram à conclusão de que a resolução dos conflitos entre pré-adolescentes e mães é influenciada pelo ambiente emocional entre a sua interação, visto que o conflito ajuda o jovem a desenvolver competências emocionais. Por outro lado, se o conflito tiver uma componente destrutiva pode contribuir para problemas no seu desenvolvimento socioemocional. Os autores ainda alertam acerca

dos comportamentos durante o conflito não poderem ser considerados isoladamente, pois são continuamente influenciados pelas emoções dos indivíduos, pelas expressões emocionais de ambos, além das características individuais de ambas as pessoas. Tanto a mãe quanto a criança contribui para os seus padrões diádicos de interação de conflito que, por sua vez, condiciona o funcionamento dos jovens na adolescência. A regulação emocional desta díade influencia o desenvolvimento socioemocional dos jovens e os resultados obtidos deste estudo podem ser usados para ajudar a identificar díades que estão a desenvolver padrões que representam um risco para o desenvolvimento socioemocional dos jovens, pelo que alertam para a importância da realização de programas preventivos na relação entre mães-filhos e o desenvolvimento socioemocional dos mesmos.

Em relação ao terceiro estudo selecionado, este aborda o desenvolvimento socioemocional na era digital. Existem várias preocupações acerca das fortes razões que levam a população a usar dispositivos digitais, como por exemplo, a dependência de *smartphones* e, ainda, os sentimentos que correspondem em torno dessas experiências, como a ansiedade. Efetivamente, o aliciamento pelo mundo digital, geralmente pelo *design*, é impulsionado por motivações emocionais e resulta em vários sentimentos. As experiências desta era digital envolvem todo o espectro emocional e não apenas os extremos problemáticos. Através deste estudo, sabe-se que o uso de dispositivos digitais reflete as mesmas formas e funções de experiências não digitais, visto que nos envolvem em jogo, validação, conflito, apoio, distração e desafio intelectual, entre outras atividades, porque fazem-nos sentir algo, geralmente bom ou menos negativo. É provável que os dispositivos digitais sejam um elemento básico na vida dos jovens, que apesar das suas desvantagens quando usados ao extremo ou de certas formas, satisfazem uma gama de necessidades emocionais em situações típicas da vida quotidiana (Hollenstein & Colasante, 2020).

Recorrendo a outros autores da literatura cinzenta, existe uma forte correlação entre a dificuldade na regulação emocional com sintomas psicopatológicos na idade pediátrica, podendo desencadear sintomas internalizantes, como a depressão, a ansiedade e a psicossomatização (Rieffe et al., 2004, 2008; citados por Machorrinho, 2017).

Esta revisão da literatura comprova a elevada importância de promover as competências socioemocionais. Apesar de já haver algum trabalho a ser feito neste âmbito, existem poucas intervenções com este foco para jovens com doença mental.

Como anteriormente referido, no Modelo SEL, desenvolvem-se diversas atividades, cujo objetivo é a aquisição de competências da criança e jovem, que mais tarde utilizarão para se adaptarem às situações do quotidiano e construírem relações interpessoais positivas (Anexo I). Este modelo atua em cinco domínios: autoconhecimento, autogestão, consciência social, relação interpessoal e tomada de decisão responsável. As temáticas que devem ser abrangidas, segundo este modelo, são: identidade, comunicação, emoção, autonomia, proteção, violência, escolhas/desafios/perdas, valores, interação e pertença (Anexo II). Esperam-se como resultados da intervenção, com base neste modelo, a melhoria dos comportamentos sociais, comportamentos mais positivos em relação ao próprio, redução do sofrimento emocional e aumento do sucesso académico (DGS, 2015).

Este modelo serviu como linha orientadora para o planeamento e implementação do projeto. Embora o contexto escolar seja deveras distinto do local de estágio eleito para a implementação do mesmo, o intuito desta intervenção tem uma conotação mais reabilitativa dos jovens com problemáticas em saúde mental.

1.2.2. A saúde e a doença mental na adolescência

Segundo a OMS, a adolescência compreende o período entre os 10 e os 19 anos. Esta fase é definida como uma etapa de desenvolvimento evidenciada por diversas mudanças físicas, mentais e sociais, que vão contribuir, mais tarde, para as características do futuro adulto (Silva et al., 2018).

De acordo com o modelo de desenvolvimento psicossocial de Erik Erikson, a adolescência, compreendida entre os 12 e os 18 anos, é uma fase definida pela identidade *versus* confusão de papéis, em que existem rápidas mudanças físicas, emocionais e sociais na criança que está a tornar-se adolescente. Esta começa a preocupar-se com as perceções que os pares têm dela. A confusão de papéis advém da existência de conflitos na capacidade que o adolescente tem para integrar estas mudanças (O'Brien, Kennedy & Ballard, 2002).

Como acima referido, a saúde mental é descrita como um estado de bem-estar mental, que possibilita as pessoas a lidarem com os obstáculos do dia-a-dia, a realizarem as suas atividades, aprenderem, trabalharem e contribuírem para a sua comunidade. Sustém as capacidades individuais e coletivas para ajudar na tomada de decisões, construir relações e moldar o mundo em redor. A saúde mental é considerada um direito humano básico, dado ser crucial para o desenvolvimento pessoal, comunitário e socioeconómico. É mais do que a ausência de doença, sendo

vivenciado de forma subjetiva de pessoa para pessoa, com vários níveis de sofrimento e resultados sociais/clínicos potencialmente distintos (OMS, 2022).

Os determinantes em saúde mental são responsáveis por proteger (fatores de proteção) ou colocar em risco a saúde mental do indivíduo (fatores de risco). Estes podem ser individuais, sociais ou estruturais. Os fatores de proteção têm como principal objetivo fortalecer a resiliência. Incluem-se as competências sociais e emocionais individuais, as interações sociais positivas, acesso à educação, trabalho digno, coesão comunitária, entre outros. Os fatores de risco e proteção para a saúde mental podem ser encontrados na sociedade heterogeneamente, na medida em que as ameaças locais aumentam o risco para indivíduos, famílias e comunidades, ao passo que as ameaças globais aumentam o risco para populações inteiras, incluindo crises económicas, epidemia, emergências humanitárias e alterações climáticas (OMS, 2022).

Ambos os fatores têm apenas uma força preditiva limitada, dado que a maioria dos indivíduos não desenvolve uma doença mental devido à exposição a um fator de risco. Por outro lado, muitas pessoas desenvolvem a doença sem nenhum fator de risco conhecido. A interação dos determinantes serve para melhorar ou prejudicar a saúde mental, em qualquer fase do desenvolvimento (OMS, 2022).

Entende-se por doença mental uma síndrome ou padrão comportamental/psicológico que ocorre na pessoa, associado ao sofrimento, incapacitação ou com alto risco de sofrimento, como por exemplo nos casos de morte, dor, deficiência ou perda da liberdade (*American Psychiatric Association*, 1994).

A doença mental, no período infantojuvenil, resulta de uma interação complexa entre a criança e jovem, a família e o meio em que estão inseridos. Há uma grande diversidade na apresentação dos quadros psicopatológicos. O diagnóstico e implementação de intervenções deverá ter em consideração as etapas de desenvolvimento correspondentes. A psicopatologia varia de acordo com a idade e, algumas doenças, são mais características em certas fases do desenvolvimento. É essencial realçar que a expressão sintomática de uma determinada patologia pode apresentar formas diferenciadas de se manifestar ao longo do desenvolvimento (Goldschmidt, Marques & Xavier, 2018).

Estatisticamente, uma em cada cinco crianças e jovens desenvolve uma perturbação mental, sendo que 50% com começo a partir dos 14 anos (*American*

Academy of Child and Adolescent Psychiatry & American Academy of Pediatrics, 2022).

As doenças mais prevalentes entre crianças e adolescentes são a depressão, perturbação da ansiedade, perturbação de hiperatividade e défice de atenção, abuso de substâncias e perturbação de conduta, às quais se associam causas multifatoriais, tais como fatores biológicos, genéticos e ambientais, dependendo dos antecedentes familiares, violência familiar e comunitária, entre outros (Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014).

Vários estudos têm comprovado que a fase da adolescência é o período em que há maior vulnerabilidade para o sofrimento psíquico, expressando-se, frequentemente, sob a forma de depressão, perturbação do comportamento alimentar, consumo inadequado de substâncias e ideação suicida, dando especial atenção ao suicídio, que é a segunda principal causa de morte dos jovens entre os 10 e 14 anos (*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2024; OMS, 2021; Silva, Matsukura, Ferigato & Cid, 2019).*

Num estudo realizado sobre a saúde mental dos adolescentes portugueses, identificou-se que as raparigas apresentam menos resultados positivos do que os rapazes acerca do seu bem-estar. As raparigas apresentam maior risco de sintomas internalizantes (por exemplo, a depressão), em contrapartida os rapazes apresentam maioritariamente sintomas externalizantes (por exemplo, consumo de substâncias e comportamento agressivo). A transição entre a infância e a idade social da adolescência associa-se ao aumento da sintomatologia depressiva (Santos et al., 2019).

É assim necessário promover as competências pessoais e emocionais, com a certeza que a intervenção deve focar maioritariamente a promoção da gestão das emoções, resolução de conflitos e treino da assertividade com o intuito de prevenir sintomas fisiopsicopatológicos (Santos et al., 2019).

1.2.3. Estratégias de promoção das competências socioemocionais

Na população infantojuvenil, a promoção da saúde mental é bastante relevante, pelo facto de quando desenvolvida nesta faixa etária, existe maior ganho em saúde. Isto deve-se ao facto de que os problemas de saúde mental que esta população apresenta são mais facilmente tratáveis quando intervindos precocemente e, assim, têm menor probabilidade de se desenvolver como patologia na fase adulta (Dias, 2020).

A adolescência é considerada uma fase determinante para o desenvolvimento de hábitos que promovem o bem-estar mental, onde se incluem um padrão de sono saudável, prática de exercício físico regular, desenvolvimento de estratégias de *coping* e de resolução eficaz de problemas, competências intrapessoais e emocionais (OMS, 2021).

A importância da promoção das competências socioemocionais nos adolescentes surge pelo facto de as perturbações emocionais, tais como a ansiedade e depressão, serem as mais frequentes nesta faixa etária (OMS, 2021). Os diagnósticos de doença mental mais comuns nas crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos, durante 2016 a 2019, foram: a perturbação de hiperatividade e défice de atenção 9,8% (cerca de 6,0 milhões), a ansiedade 9,4% (cerca de 5,8 milhões), os problemas de comportamento 8,9% (cerca de 5,5 milhões) e a depressão 4,4% (cerca de 2,7 milhões). Sabe-se que uma em cada três crianças é diagnosticada com ansiedade e cerca de 32,3% tem também depressão. 36,7% dos adolescentes com idades entre os 12 e os 17 anos apresentam sentimentos de tristeza ou desesperança, sendo que 15,7% tem um plano suicida estruturado (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2023).

A prevenção é um conceito abrangente e complexo, que inclui a intervenção de diversos profissionais de saúde, com o objetivo principal de promover e manter a saúde de uma população. A prevenção é realizada antes, durante e após a instalação da doença. À semelhança da Teoria de Neuman, os tipos de prevenção são: primária (intersecção dos fatores pré-patogénicos, em que é promovida a saúde e proteção da população para uma determinada patologia), secundária (intervenção feita à pessoa, sob o efeito do agente patogénico, que consiste no diagnóstico e tratamento prévio) e terciária (o intuito da intervenção baseia-se em evitar a incapacidade de forma a reabilitar a pessoa) (Cordeiro, Oliveira, Melzer-Ribeiro & Ribeiro, 2010; Freese, 2004). Mais recentemente, tem sido abordada a prevenção quaternária, que se define como a deteção de pessoas em tratamento excessivo, com o objetivo de protegê-los de intervenções médicas inadequadas e de propor alternativas que sejam eticamente aceitáveis (Norman & Tesser, 2009).

A prevenção ainda pode ser definida como universal, seletiva ou indicada. A prevenção universal consiste na intervenção a um público em geral, em que não é identificada nenhum risco individual, ao passo que seletiva entende-se pela prevenção realizada numa população com maior risco de desenvolver alguma perturbação. Por

último, a prevenção indicada atua nos indivíduos com a presença de sintomas de uma determinada patologia (Stockings et al., 2016).

Como acima referido, o modelo SEL é um modelo com atividades estruturadas, que promovem gradualmente as competências socioemocionais, direcionado para o contexto escolar (DGS, 2019). O nível de prevenção da sua atuação é num nível primário e também universal. O projeto de intervenção desenvolvido, apesar de ter como estrutura o modelo SEL, teve como base uma prevenção indicada e, essencialmente, secundária, tendo sido realizada numa população já com sintomatologia instalada, num contexto de internamento.

O Manual para a Promoção de Aprendizagens Socioemocionais em Meio Escolar descreve diversas atividades, tendo em conta os subdomínios do modelo SEL, a serem realizados com as turmas (DGS, 2019). A promoção das competências socioemocionais tem por base uma intervenção em grupo.

Um grupo deve ser construído de acordo com a sua finalidade. Um dos principais objetivos de um grupo é a partilha de sentimentos, pensamentos e experiências entre os participantes, com o intuito de promover a aprendizagem e autodescoberta, realçando as interações sociais, promovendo a autoestima, a estabilidade emocional e interpessoal (Amaral, 2020).

O ambiente em contexto grupal proporcionará a cada elemento apoio emocional e informações relacionadas com a saúde através das interações que se estabelecem entre os indivíduos pela aplicação de técnicas psicoterapêuticas (Dochterman & Bulecheck, 2008). Complementando com a teoria Rogeriana, a pessoa ao sentir-se confortável nas relações interpessoais, estabelecidas no grupo, consegue expressar os seus sentimentos e emoções mais intensas (Rogers, 1983; citado por Mendes, 2022)

Este tipo de intervenção é considerado como terapêutico dada a facilitação da expressão emocional, pela troca de *feedback*, oferecendo aos indivíduos um espaço seguro, onde desenvolvam estratégias adaptativas para ajudar na resolução de problemas. Um estudo revelou, através da análise de entrevistas e observação no campo, que a intervenção terapêutica em grupo é fundamental para o processo reabilitativo psicossocial (Benevides, Pinto, Cavalcante & Jorge, 2010; Vieira & Martins, 2019).

O papel do Enfermeiro Especialista passa por ajudar a estabelecer o processo de comunicação verbal e não verbal, na base do cuidado humano, com um olhar direcionado para as dificuldades e problemas dos envolvidos do grupo. Inicialmente, o enfermeiro tem uma função coordenativa para posteriormente passar a ser um facilitador no contexto de grupo (Wilhelm & Luz, 2015).

Este tipo de intervenções terapêuticas relaciona-se com as Competências Específicas do EEESMP, acerca dos cuidados que o Enfermeiro pode prestar no âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa, tendo sido aplicado em contexto predominantemente grupal, com o objetivo de preservar, melhorar e/ou restaurar a saúde, neste caso, dos jovens.

Entende-se por intervenção psicoterapêutica o processo baseado na relação de confiança e de ajuda entre o EEESMP e a pessoa, permitindo que os envolvidos se desenvolvam autonomamente, apresentando novas respostas às questões/problemas previamente identificados (Sampaio, Sequeira & Canut, 2016)

Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem, a intervenção psicoterapêutica de Enfermagem é vista como uma intervenção que consiste na utilização informada e deliberada de técnicas de psicoterapia, assentando nos seguintes princípios: “ser estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial”; ser realizada por um EEESMP; “ser baseada em um ou mais racionais teóricos de Psicoterapia”; “decorrer da identificação de um diagnóstico de Enfermagem no âmbito da Saúde Mental”; “o utente deve apresentar um papel ativo e ter, necessariamente, alguma consciência de si”; “o número de sessões deve ser compreendido entre três e doze”; “ter, na sua base, a relação terapêutica e a comunicação interpessoal entre o enfermeiro e o utente”; “o objetivo deve ser a mudança ou a redução de um estado percebido como negativo pelo utente através da definição prévia de metas mútuas entre o enfermeiro e o utente” (Sampaio et al., 2014; citados por Sampaio et al., 2023, p. 15).

A psicoterapia de grupo, uma modalidade frequentemente utilizada na intervenção psicoterapêutica de enfermagem, também é fundamentada em princípios teóricos sólidos. Yalom desenvolveu os seus estudos na área da psicoterapia de grupo e o mesmo defendia a teoria dos onze fatores terapêuticos, inerentes a qualquer grupo, dependendo de algumas variáveis, tais como: a função do mesmo, o estadio da intervenção terapêutica e, ainda, as diferenças individuais entre os elementos.

Bloch et al. (1979) reformularam a classificação de Yalom, nomeando apenas dez fatores terapêuticos: “catarse, altruísmo, universalidade, instilação de esperança, aprendizagem vicária, orientação, aprendizagem pela ação interpessoal, aceitação/coesão grupal, auto-revelação e auto-entendimento” (Guanaes & Japur, 2001, p. 135).

A classificação em fatores terapêuticos é uma das formas de estudar o fenômeno grupal com o intuito de compreender algumas dimensões do processo terapêutico, sendo estes fatores considerados como mediadores da mudança (Guanaes & Japur, 2001).

Relativamente à definição dos fatores terapêuticos, “catarse” visa a relevância da exposição de emoções e sentimentos, no sentido de aliviar o sofrimento. “Altruísmo” consiste na sensibilidade demonstrada ao outro pelas suas dificuldades, tentando ajudá-lo. “Universalidade” está associada à ideia de que não é o único a enfrentar dificuldades ou entende que outros membros do grupo têm desafios semelhantes aos seus. “Instilação de esperança” baseia-se no otimismo que deposita no seu processo terapêutico. “Aprendizagem vicária” remete para o processo de aprendizagem realizada através da observação de uma experiência vivenciada por outro elemento. “Orientação” relaciona-se com a valorização dos conselhos dados pelo grupo. “Aprendizagem pela ação interpessoal” define-se pelo desenvolvimento de competências sociais e relacionais obtidas através das interações com os restantes elementos. “Aceitação/Coesão grupal” entende-se pelo sentimento de pertença no grupo. “Auto-revelação” refere-se à divulgação de informações pessoais no contexto grupal. “Auto-entendimento” compreende a capacidade crítica acerca dos seus próprios pensamentos e sentimentos (Yalom & Leszcz, 2005; Guanaes & Japur, 2001).

Além da teoria de psicoterapia de grupo de Yalom, realça-se a pertinência da teoria Rogeriana na promoção da saúde mental, dado que a mesma traduz uma abordagem centrada na pessoa, com o objetivo de empoderar o cliente, acreditando que o mesmo possui recursos internos para tal, tendendo a atualizar essa energia propulsora no sentido de autorrealizar-se. Acredita-se que é nesta abordagem, que a pessoa é vista como foco e não como doença, que cada pessoa se torna responsável pelo seu próprio desenvolvimento (Mendes, 2022).

Destacam-se várias causas que podem contribuir para a evolução de uma perturbação mental, porém realçou-se a importância de relações interpessoais positivas, como um fator protetor da saúde mental da pessoa. Rogers defende que para a promoção da saúde mental são necessárias condições facilitadoras, que se traduzem como recursos que potenciam o bem-estar do cliente, baseada na sua experiência. A vivência de atitudes facilitadoras vai promover a saúde mental e prevenir a doença, ideia que vai ao encontro da definição de saúde preconizada pela OMS, potenciando o bem-estar nas diversas vertentes da vida (Mendes, 2022), algo que também é defendido pelo Modelo SEL (CASEL, 2024).

1.2.4. Perspetiva teórica de Enfermagem de Betty Neuman

O modelo de Enfermagem que melhor corresponde às multivariáveis desta temática é a Teoria de Betty Neuman. Esta teoria tem uma visão sistémica que se enquadra não apenas na problemática, como também na população-alvo. A população em estudo encontra-se na fase da adolescência, caracterizada por diversas mudanças, o que pressupõe a existência de stressores. Ao promover as competências socioemocionais nesta população, pretende-se reestabelecer o bem-estar mental, algo também denominado pela teoria como equilíbrio do sistema. Posto isto, esta teoria responde às necessidades de avaliação e intervenção do sistema (adolescente), tendo uma visão holística do mesmo com o intuito de promover o equilíbrio entre os subsistemas.

O modelo de Neuman caracteriza-se por uma abordagem de sistemas, essencialmente dinâmica e aberta ao cuidar da pessoa. Foi desenvolvida para identificar focos em Enfermagem com o propósito de melhorar a compreensão do cliente, considerando a sua interação com o ambiente. O cliente pode ser, enquanto sistema, definido como pessoa, família, grupo, comunidade ou assunto, em interação com o exterior (Freese, 2004).

Segundo esta teoria, que se baseia na Teoria de Gestalt, o bem-estar é uma condição harmoniosa, na qual as subpartes do sistema estão em equilíbrio com todo o sistema envolvente. A doença representa a instabilidade e diminuição de energia entre as subpartes do sistema, que afeta, por sua vez, o sistema por inteiro. O ambiente representa-se como as forças internas e externas que envolvem o cliente e que são influenciadas pelo mesmo. Este modelo define os stressores como fatores ambientais que podem ser inter, intra ou extrapessoais e que podem atingir ou fortalecer os elementos do sistema. (Neuman & Fawcett, 2011).

Cada sistema obtém uma conduta normal de respostas ao ambiente que se define como a linha de defesa normal, que mede o desvio de saúde. A linha de defesa flexível não protege o cliente dos stressores, quebrando a linha de defesa normal. A natureza e grau de reação são determinadas pelas inter-relações das variáveis, que podem ser fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento. As linhas de resistências têm como função devolver estabilidade ao cliente após a reação a um stressor (Freese, 2004).

Para Neuman, a prevenção é vista como um tipo de intervenção, que tem como intuito auxiliar o sistema-cliente a atingir e/ou manter a estabilidade, sendo que contempla três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária, já descritos anteriormente (Freese, 2004).

Com a intenção de desenvolver competências do EEESMP, este modelo foi organizador para o planeamento e implementação do projeto de intervenção, como também para todas as intervenções que foram realizadas ao longo dos estágios, seja no cliente, família ou grupo. O modelo sistémico foi o constructo onde assentou o planeamento, execução e avaliação da minha intervenção neste percurso de desenvolvimento de competências.

PARTE II - Projeto de Intervenção: Promoção das Competências Socioemocionais dos Adolescentes com Problemáticas de Saúde Mental

Após a realização da pesquisa bibliográfica, foi desenvolvido o projeto de intervenção, o qual foi validado com a enfermeira orientadora, com a enfermeira chefe e restante equipa do local de estágio. O projeto teve como principal foco implementar intervenções psicoterapêuticas no sentido de promover as competências socioemocionais dos jovens internados num contexto de curto internamento, contribuindo para o processo de recuperação da saúde mental dos mesmos. Por sua vez, através do planeamento e implementação do projeto, foi-me possível desenvolver competências do EEESMP, a serem refletidas na terceira parte do relatório.

2.1. Objetivos

Antunes et al. (2010) descrevem que os objetivos indicam os resultados que se pretendem alcançar, incluindo diferentes níveis, desde o geral ao mais específico. Assim sendo, foram definidos os seguintes objetivos gerais e específicos do projeto de intervenção:

2.1.1. Objetivos gerais:

- Promover o desenvolvimento das competências sociais e emocionais em jovens com problemáticas de saúde mental;
- Desenvolver competências do EEESMP e de Mestre em Enfermagem;
- Prestar cuidados de ESMP com base na evidência científica.

2.1.2. Objetivos específicos:

- Identificar as dificuldades sentidas pela população-alvo na gestão das emoções;
- Capacitar os jovens a identificar e a gerir as suas próprias emoções;
- Adequar padrões de resposta dos jovens face à exposição de stressores;
- Aprofundar o autoconhecimento, no sentido de potenciar a utilização do meu "eu" na relação terapêutica;
- Implementar intervenções socio e psicoterapêuticas de grupo com os jovens com problemáticas na sua saúde mental;

- Desenvolver a autogestão das emoções, fortalecendo a minha capacidade de estabelecer e manter relações terapêuticas eficazes com jovens, criando um ambiente de crescimento mútuo.

2.2. Metodologia

O projeto foi implementado no âmbito do desenvolvimento de competências de mestre e especialista em ESMP, numa unidade de curto internamento de uma população infantojuvenil na área da Grande Lisboa, durante o estágio que decorreu entre 25 de setembro a 24 de novembro de 2023.

O modelo de intervenção psicoterapêutica em Enfermagem é um modelo que estrutura as intervenções psicoterapêuticas a serem realizadas pelo EEESMP, integrando as taxonomias de Enfermagem (NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*; CIPE – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*; NIC - *Nursing Interventions Classification*; NOC - *Nursing Outcomes Classification*) (Sampaio, Sequeira & Canut, 2018).

Como focos e diagnósticos de Enfermagem, indo ao encontro da CIPE (2015), foram identificados os seguintes aos jovens participantes: Baixa autoestima, Comportamento autodestrutivo/compulsivo/agressivo; Humor depressivo; Emoção negativa; Processo social; Sono comprometido; Pensamento distorcido; Imagem corporal perturbada; Não adesão ao regime medicamentoso/terapêutico e Papel parental comprometido.

O modelo psicoterapêutico sugere a realização entre 3 a 12 sessões (Sampaio et al., 2018). Foram pensadas inicialmente 5 sessões em grupo, em que os temas abordados seriam o autoconhecimento, a autogestão, a tomada de decisão responsável, a consciência social e as relações interpessoais, trabalhando assim todos os domínios de acordo com o Modelo SEL. No entanto, foram realizadas 7 sessões, em que foram trabalhados da mesma forma todos os domínios do Modelo SEL. As sessões planeadas tiveram de ser reajustadas, considerando que o serviço tinha um planeamento de sessões organizado e pré-estabelecido. As duas sessões introduzidas foram as sessões de Dança e Movimento, acerca da Gestão de Conflitos e da Resiliência. Não conhecia o mediador expressivo utilizado e após familiarizar-me com o mesmo, decidiu-se que seria benéfico utilizá-lo para abordar estes temas.

Como resultados da intervenção, por meio deste Modelo SEL e tendo em atenção à população-alvo, procurou-se a melhoria dos comportamentos sociais, comportamentos mais positivos em relação ao próprio e redução do sofrimento

emocional (DGS, 2015). O aumento do sucesso acadêmico não foi incluído, uma vez que não foi possível avaliar e quantificar tal item.

Concomitantemente à implementação do projeto, foi realizada uma colheita de dados e uma avaliação do estado mental de cada jovem anteriormente às sessões. Durante as sessões, observou-se o comportamento e o envolvimento de cada jovem. Após as sessões, foi recolhida uma avaliação qualitativa da participação de cada jovem na sessão, atendendo ao seu percurso e evolução ao longo do internamento e do número de sessões frequentadas. Foram ainda realizadas sessões individuais de acordo com as necessidades apresentadas.

2.3. Contextualização do local de intervenção

O local eleito para a implementação do projeto foi uma unidade de curto internamento de uma população infantojuvenil com idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos, composta por uma equipa multidisciplinar, da qual faziam parte: Enfermeiros (Cuidados Gerais e EEESMP), Médicos Pedopsiquiatras, Psicólogas, Psicomotricista, Nutricionista, Assistente Social e Professoras. São atribuídos dois enfermeiros de referência, denominados como casal terapêutico, a cada jovem internado. Como previamente referido, existem atividades terapêuticas todos os dias desenvolvidas pelos Enfermeiros. Cada dia da semana tem uma atividade terapêutica com um mediador expressivo distinto. Na segunda-feira, é realizada a atividade de “Expressão dramática”, em que é utilizado o drama como mediador; na terça-feira, a atividade desenvolvida é a “Dança e Movimento”; na quarta-feira, a atividade terapêutica é a “Terapia pela Arte”; na quinta-feira de manhã, a atividade terapêutica é a “Culinária” e, de tarde, “Psicoeducação”; na sexta-feira de manhã, a atividade terapêutica é “Terapia pelo Cinema” e, de tarde, “Balanço Semanal”; no sábado, a atividade terapêutica é “Autocuidado” e, no domingo, “Relaxamento”. Além das atividades terapêuticas de grupo, existem outras atividades incluídas no projeto de intervenção planeadas pela equipa multidisciplinar, tais como entrevistas individuais, presença dos enfermeiros nas atividades auto-recreativas, gestão do ambiente/momentos de crise, entre outras. A família e comunidade são incluídas neste projeto terapêutico, dado que o jovem será novamente reinserido na sociedade e, para isso, torna-se necessário assegurar os cuidados no período pós-alta. De segunda a sexta-feira, existe uma reunião multidisciplinar, em que é discutido o plano de intervenção de cada jovem.

A intervenção dos enfermeiros passa por facilitar a projeção dos pais, correndo o risco de haver alguma rivalidade entre os enfermeiros e as figuras parentais, pois podem sentir o seu papel em causa. Por este motivo, torna-se fundamental que o enfermeiro reconheça os processos transferenciais e contratransferenciais. Este contexto obriga o profissional a trabalhar o seu autoconhecimento e gerir as relações inter e intrapessoais, constituindo desta forma um ambiente rico para o desenvolvimento da primeira competência de especialista (Dias, 2020). O enfermeiro pode ter de assumir um papel parental com o jovem, dado que é responsável pelo mesmo durante o internamento, com necessidade de intervir no estabelecimento de limites, na promoção de escuta ativa: intervenções que podem ser facilmente confundidas com uma postura mais paternal ou maternal. Foi possível verificar que vários jovens tinham um casal terapêutico como enfermeiros de referência, em que o enfermeiro tinha uma postura mais paternal (por exemplo, no estabelecimento de limites) e a enfermeira tinha uma presença mais maternal (por exemplo, na promoção do apoio emocional). Apesar de ser um internamento em idade pediátrica, a família não pode estar presente 24 horas, apenas pode realizar visitas e chamadas telefónicas, com orientação e supervisão do enfermeiro. Este afastamento intencional da família é justificado por razões terapêuticas, sobretudo pela necessidade de criar uma relação de confiança com a criança ou jovem internada, dando espaço para a expressão de emoções e sentimentos, que, caso a família estivesse presente, poderia ser influenciada. Existem ainda outros motivos, tais como uma relação conflituosa ou fusional com as figuras parentais, a institucionalização, entre outros.

Relativamente ao projeto de intervenção, este foi implementado num grupo aberto, devido às características do contexto de estágio acima descritas. Liebmann (2004), citado por Sampaio et al. (2023) refere que num ambiente de internamento, geralmente, os grupos são necessariamente abertos. Entende-se por grupo aberto aquele que permite que os elementos entrem e saiam livremente, o que tende a resultar num nível de partilha mais superficial.

O internamento tem atividades diárias programadas que incluem a participação dos jovens, de acordo com alguns critérios específicos. Por exemplo, um jovem com PCA, dependendo do seu plano terapêutico, pode não ser imediatamente incluído na sessão de dança e movimento pelo esforço físico que a sessão exige, considerando que o exercício físico irá influenciar no peso ponderal.

Tendo em conta todos estes fatores, o projeto cumpriu com os seguintes critérios de inclusão: ter idade entre os 10 e 19 anos (de acordo com a definição de

adolescência pela OMS), não apresentar compromisso cognitivo, apresentar critérios clínicos para integrar as atividades (por exemplo: evitar situação de crise, atividade delirante/alucinatória).

Cada sessão foi numerada de forma cronológica, podendo ser observado no quadro abaixo:

Quadro 1 - Sessões implementadas

Sessão	Nº atribuído
Autorretrato	1
Cineterapia	2
Roda das Emoções	3
Puzzle Social	4
Gestão de Conflitos	5
Resiliência	6
Jogo “Diverte-te com a Mente”	7

Ao longo das 7 sessões, participaram 23 jovens. Nenhum dos jovens participou em todas as sessões planeadas, quer pelas características do serviço (tempo de internamento *versus* altas), quer também pela gestão de momentos de crise, em que não foi possível o jovem participar na sessão.

Com o intuito de proteger os dados pessoais de cada jovem, foi-lhes atribuído uma letra.

2.4. Programa de intervenção

O programa de intervenção, como acima descrito, foi composto por 7 sessões, nas quais foram abordados os domínios e os subdomínios do Modelo SEL, como é possível constatar no Quadro 2 (DGS, 2015). Os planeamentos das sessões apresentam-se em Apêndice (I, II, III, IV, V e VI).

Quadro 2 - Sessões versus Domínios/Subdomínios SEL desenvolvidos

Sessão	Domínios SEL	Subdomínios SEL
1	Autoconhecimento Consciência Social	Identidade Valores Interação Pertença
2	Autorregulação	Emoções Autonomia Escolhas, Desafios e Perdas
3	Autorregulação Consciência Social Competência Relacional	Identidade Valores Interação

		Escolhas, Desafios e Perdas
4	Autoconhecimento Autorregulação Consciência Social Competência Relacional Tomada de Decisão Responsável	Emoções Violência Escolhas, Desafios e Perdas Valores Interação Pertença
5	Autorregulação Consciência Social Competência Relacional Tomada de Decisão Responsável	Autonomia Violência Escolhas, Desafios e Perdas Valores Interação Pertença
6	Autoconhecimento Autorregulação Consciência Social	Identidade Emoções Autonomia Proteção
7	Autoconhecimento Autorregulação Consciência Social Competência Relacional Tomada de Decisão Responsável	Identidade Emoções Autonomia Proteção Violência Escolhas, Desafios e Perdas Valores Interação Pertença

→ **1ª Sessão - Autorretrato**

Em relação à 1ª sessão, consistiu na realização do autorretrato. O seu principal objetivo foi a promoção do autoconhecimento e da consciência social. Procurou-se promover a interação positiva entre os vários elementos do grupo, a autoestima e a empatia pelo outro.

Descrevendo sumariamente a atividade, solicitou-se a cada jovem que o mesmo fizesse o seu autorretrato utilizando mediadores expressivos, como o desenho e a pintura. A utilização destes mediadores surgiu após uma revisão da literatura, em que se concluiu que a arte pode ser vista como um dos métodos que proporciona a ligação do objeto com a pessoa, através de várias formas de expressão que ajudam a compreender outras particularidades que estão ocultas no comportamento. É uma técnica que pode ser utilizada na área da saúde mental, por diversos profissionais de saúde, em diferentes contextos clínicos. As técnicas utilizadas tendem a expressar elementos terapêuticos e a promover o desenvolvimento pessoal (Loiola & Andriola, 2017). Estes mediadores são vistos como facilitadores da comunicação/expressão emocional e potenciadores da reorganização dos objetos internos e do autoconhecimento (Carvalho et al., 2013).

Na adolescência, estas técnicas possuem diversas vantagens, tais como: envolvimento nas atividades e diversos benefícios relativos à corporalidade no “fazer” artístico, que se traduz na motivação quando existe reforço positivo com o resultado, desbloqueio de conflitos afetivos, desenvolvimento de competências, entre outros. Os jovens potenciam a noção de si mesmo e dos outros, expressam sentimentos e promovem o autoconhecimento (Carvalho et al., 2013).

O desenho é visto como um jogo, um modo de comunicar, expressar sentimentos e resolver conflitos. É também uma estratégia em que esta população em específico representa o seu processo psíquico que vivencia num determinado momento (Decobert et al., 2004; citados por Carvalho et al., 2013). Após constatado que os mediadores expressivos, como o desenho e a pintura, são ferramentas importantes na intervenção psicoterapêutica com o jovem, os mesmos foram aplicados não só nesta sessão como também nas que se seguiram, de forma a promover também as suas competências socioemocionais.

Participaram 9 jovens, entre os quais 2 rapazes e 7 raparigas, com idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos.

Previamente à realização do autorretrato, foi estruturado um *setting* terapêutico de forma que cada jovem pudesse referir os seus pontos fortes, confrontando com a opinião dos restantes participantes.

A A. desenhou-se predominantemente com lápis de carvão e coloriu apenas o cabelo, o membro inferior direito e acessórios que utilizava no meio exterior ao internamento (tais como brincos e colar). Desenhou em maiores dimensões a cabeça e as orelhas, justificando ao grupo “*tenho umas orelhas muito grandes e uma cabeça muito grande em relação ao corpo*” (sic). Apenas referiu um ponto forte (“*persistente*”) e o grupo complementou com mais características positivas sobre a mesma. Ao longo da atividade, a jovem participou em todas as partilhas dos restantes, demonstrando uma atitude de interajuda.

No decorrer da atividade, verificou-se que alguns dos jovens, como foi o exemplo da D., consideraram que não tinham capacidade de identificar as suas próprias qualidades, porém foram capazes de identificar qualidades de outros participantes. Também foi possível observar o ênfase dado nas elaborações dos autorretratos ao aspeto físico, nomeadamente nos jovens E. e F.. Quando pedido para referir uma qualidade sua, o E. partilha com o grupo “*uso o cabelo que quero, as unhas*

que eu quero" (sic), desviando a resposta para os aspetos físicos e evitando mencionar aspetos da sua personalidade. Assim como a F., a mesma evidenciou no desenho a proeminência óssea da clavícula e não conseguiu referir um aspeto positivo sobre si, tendo o grupo apontado vários aspetos positivos desta jovem.

No final da sessão, a A. partilhou que *"a atividade foi muito importante, porque eu acho que muitas pessoas não reconhecem as suas qualidades... tudo o que o grupo me disse, eu não acredito"* (sic), sendo que os restantes jovens partilharam da sua opinião.

Após a sessão, a orientadora referiu que precisava de melhorar a minha projeção de voz, pois utilizei um tom muito baixo. Durante a atividade, foi importante refletir sobre a forma como os jovens se percebem a si mesmos em comparação com a percepção dos outros, verificando-se existirem discrepâncias entre essas visões. Notou-se que alguns jovens conseguiam identificar qualidades nos outros, mas tinham dificuldade em reconhecê-las em si próprios. Este momento também se revelou oportuno para aprofundar o meu conhecimento sobre os jovens. Além disso, a utilização da arte como meio expressivo mostrou-se adequada para os participantes, funcionando como um mediador menos "intrusivo" e mais livre, permitindo-lhes explorar de forma mais aberta o seu "eu".

→ 2ª Sessão – Cineterapia

Na segunda sessão, foi utilizado como recurso o filme *"Divertidamente"*, da Disney-Pixar, que aborda a temática das emoções de uma jovem que está a transitar para a adolescência, assumindo várias mudanças em diversas vertentes da sua vida. Inicialmente, foi pedido aos jovens que escrevessem num papel as emoções que conheciam para depois confrontarem com as emoções observadas no filme.

A cineterapia refere-se à utilização de filmes como uma técnica psicoterapêutica. Os benefícios desta técnica podem ser alcançados através da visualização do filme ou através de um espaço de reflexão entre o cliente e o terapeuta após a apresentação do filme (Berg-Cross et al., 1990; como citado por Arantes, 2014).

A cineterapia tem como objetivos: fortalecer as ideias trabalhadas em sessões anteriores, levar o cliente a questionar as suas próprias crenças/comportamento, motivá-lo através do processo de mudança vivenciado pelas personagens do filme, ajudar os clientes a aceder às suas emoções, transmitir valores essenciais ao ser

humano e ensinar como/porquê priorizá-los (Hesley et al., 1998; citados por Arantes, 2014). Com a utilização deste recurso e utilizando passagens do filme, delineou-se como objetivos identificar e reconhecer as emoções, refletindo sobre importância da autogestão das mesmas, utilizando passagens do filme. O domínio SEL mais abordado nesta sessão foi a autorregulação.

Participaram 6 jovens: 2 rapazes e 4 raparigas (jovem E, F, J, K, L, M). O E., que já tinha participado na primeira sessão, escreveu inicialmente no papel antes da visualização do filme diversas emoções: *“tristeza, raiva, fúria, felicidade, alegria, saudade, nojo, angústia, vergonha, medo e surpresa”*. Em contrapartida, após a visualização do filme, quando foi pedido ao grupo para refletir sobre alguns aspetos, o jovem respondia com frases curtas, mexendo sempre no cabelo, parecendo ficar mais ansioso nos momentos de exposição ao grupo. Quando foi solicitado ao grupo para realizar um breve resumo da história, o K. (a sua 1ª sessão) participou por iniciativa própria, sendo que a L. (1ª sessão) também ajudou a complementar a síntese do filme, salientando o facto de que ambos os jovens tinham sido admitidos no dia anterior à sessão e não tinham participado na primeira sessão do projeto. Nas questões feitas ao grupo, o K. referiu que *“as emoções são o que dão sentido às coisas”* (sic) e a L. acrescentou que *“se as emoções não existissem, sentíamos um vazio”* (sic) e ainda que *“As minhas personagens preferidas são a tristeza e a alegria... Alegria, porque conserta as coisas... e a tristeza, porque é necessária”* (sic). Após estas partilhas, devolvi aos jovens um pequeno momento do filme em que a tristeza valida a emoção sentida pela personagem *“Bing Bong”*, mostrando-se empática pelo sentimento do outro, reforçando a ideia de que as emoções são para serem vividas e todas elas têm a sua importância.

No final da sessão, foi disponibilizado um tempo para os jovens descreverem em que medida a sessão foi útil, ao que alguns partilhavam a ideia de que *“escrevi mais emoções do que as que foram abordadas no filme”* (sic), *“apesar de já ter visto este filme, houve partes que não tinha estado tão desperto e foi importante refletir sobre isso...”* (sic) e também *“foi importante ver este filme para perceber a importância que as emoções têm em nós mesmos”* (sic). Em comparação com a primeira sessão, o grupo só tinha mantido dois elementos da sessão anterior e esses mesmos, estiveram menos participativos, talvez por falta de confiança. Os elementos novos, admitidos recentemente no serviço, estiveram participativos e envolvidos no momento de reflexão.

Na supervisão pós-grupo com a enfermeira orientadora, refleti sobre a minha dificuldade em envolver os jovens menos participativos e que, por esse motivo, a sessão foi menos produtiva em relação ao que perspetivara, como o filme é rico em momentos que podem suscitar a reflexão e conhecimento sobre a área da saúde mental.

→ 3ª Sessão – Roda das Emoções

A sessão “Roda das Emoções” foi reajustada a uma atividade terapêutica já existente no serviço, intitulada por “Balanço Semanal”. É nesta atividade, realizada todas as sextas-feiras à tarde, que os jovens fazem um balanço da semana de internamento e projetam os objetivos para a próxima semana. De forma a manter a continuidade da temática, esta sessão foi realizada no mesmo dia da sessão de cineterapia. O foco principal da mesma foi uma roda das emoções, em que em cada setor da roda era ocupado por uma personagem das emoções referente ao filme (alegria, tristeza, raiva, medo e nojo). Por conseguinte, após a visualização do filme, todos os jovens foram convidados a identificar a emoção mais vivenciada durante a semana e refletir na forma como a mesma foi gerida, trabalhando assim a autorregulação, consciência social e competência relacional, pertencentes aos domínios SEL. No final, foi entregue um instrumento de avaliação da sessão, em que cada jovem devia escrever ou desenhar um momento da semana em que vivenciou cada uma das emoções.

Participaram 9 jovens, 3 rapazes e 6 raparigas com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos (jovem C, E, F, I, J, K, L, M e N). As emoções que os jovens identificaram como as mais vivenciadas durante a semana, genericamente, foram a tristeza, a ansiedade e a raiva. Associaram estas emoções a vários motivos, entre os quais: *“sinto-me triste por ter sempre o mesmo pensamento”, “não conseguir estar com as pessoas que desejo”, “não ver a minha avó”, “comer”, “pesar” e “a mudança de serviço para outro”* (sic). Em grupo, identificaram como estratégias para gerir a emoção de tristeza: *“ocupar-nos”, “ir às atividades terapêuticas”, “falar com os enfermeiros” e “pedir para telefonar à família”* (sic)

Os jovens delinearam como objetivos da semana seguinte: *“quero melhorar para poder sair à rua com a minha família”, “sentir-me mais feliz”, “continuar a aumentar de peso”, “ver os meus irmãos”, “gostava de arranjar técnicas para melhorar a minha ansiedade”, “focar-me na minha recuperação” e “ir para casa”* (sic). Através

do preenchimento do instrumento de avaliação entregue no final da sessão, em que lhes era pedido que escrevessem ou desenhassem um momento em que tivessem vivido cada uma das emoções básicas, sendo possível identificar mais aspetos que os jovens não abordaram verbalmente em contexto de grupo. Verificou-se que os jovens com perturbação do comportamento alimentar escreveram sobre momentos relacionados com as horas da refeição e da pesagem, associando tais momentos a vivências de emoções como a tristeza, a raiva e a ansiedade. O grupo, em geral, relacionou estas emoções ao afastamento da família e da restrição da liberdade devido ao internamento.

Inicialmente, a F. (3ª sessão) não queria participar na atividade, tentando lesionar-se com as próprias unhas. De forma que permanecesse na atividade, a enfermeira orientadora desempenhou o papel de co-terapeuta na sessão, estando permanentemente ao lado da jovem. A mesma não quis falar em grupo, mas escreveu na folha os momentos em que sentiu as diversas emoções, exceto na emoção “feliz”, referindo *“nojo de mim própria”* e *“triste por comer e não me deixarem magoar-me”* (sic), objetivando para a semana seguinte: *“morrer”* (sic). A F. consentiu que a enfermeira orientadora partilhasse algumas das coisas que tinha escrito. O grupo demonstrou-se atento e empático com a jovem, não tendo nenhum elemento mostrado sentimentos de exclusão pelo facto de a enfermeira estar junto dela. A jovem esteve sempre acompanhada pela enfermeira, acabando por participar na atividade. Após o término da mesma, foi realizada uma intervenção especializada e individual pela enfermeira que a acompanhou na sessão.

No final da sessão, os jovens partilharam algumas ideias: *“esta atividade foi importante, porque, após escrever, consegui perceber o que estou a sentir”* e *“é importante falarmos sobre o que sentimos esta semana e perceber o que podemos melhorar na próxima”* (sic).

Esta sessão foi essencial para compreender que o papel de co-terapeuta é deveras importante. Estando no papel de terapeuta, estive atenta a várias variáveis do grupo, enquanto o co-terapeuta conseguiu intervir a nível individual sem que a jovem saísse do grupo, beneficiando a mesma tanto da intervenção individual como da grupal. Nesta situação em particular, senti-me inicialmente como o agente potenciador da expressão do sofrimento da F. por meio do comportamento autolesivo, mas, por outro lado, foi nesse momento que compreendi a verdadeira necessidade que a jovem teria de abordar este tema. Provavelmente, a intervenção em grupo não

teria sido a mais benéfica para a F., contudo foi uma oportunidade de avaliar e intervir no *timing* certo.

→ 4ª Sessão – Puzzle Social

A sessão intitulada por “Puzzle Social” teve de ser dividida em quatro partes, que se realizaram em dias distintos, devido ao tempo que a mesma exigia para a sua concretização, o que fez com que alguns dos jovens não conseguissem estar presentes em todas elas. Esta sessão consistiu na construção de um puzzle num papel cenário, em que cada jovem delineava e depois construía (através da pintura e escrita) a sua própria peça com elementos que descrevessem o seu papel no grupo, com o objetivo de trabalhar a competência social e relacional com os pares.

Dado as características do internamento, deparámo-nos com a ausência de alguns dos autores e introduzimos novos elementos, propondo uma continuidade do que já havia sido construído. Em grupo, acerca dos constructos dos elementos que não tiveram em todas as partes da sessão, foi debatido o que existia de identificação ou diferença pelo autor anterior, de forma a integrar a valorização da diferença e da aceitação do outro.

Na primeira parte da sessão, foi pedido que cada jovem delineasse a sua peça, tendo participado 12 jovens (4 rapazes e 8 raparigas – C, D, E, H, I, J, K, L, M, N, O, P). O grupo, inicialmente, apresentou dificuldade em começar a realizar a sua peça. Alguns jovens tiveram dificuldade em partilhar o mesmo limite da peça de puzzle do colega do lado, como aconteceu com o K. (3ª sessão). Foi promovida a comunicação entre os vários jovens de forma a conseguir realizar o puzzle conjuntamente. A D. (2ª sessão), além de ter ajudado a C. (2ª sessão) a fazer a sua peça, partilhou com o grupo: *“gostei de desenhar a minha peça, mas podia ter ficado melhor”* (sic). O E. (4ª sessão) referiu que *“foi fácil para mim desenhar a peça, não precisei de lápis de carvão, usei logo a caneta”* (sic), enquanto falava em contexto de grupo, mexia no cabelo, aparentemente ansioso. O K., durante a atividade, referiu *“tínhamo-nos de organizar melhor”* (sic), visto que o colega do lado tinha realizado uma peça de puzzle fora do convencional, o que estava a deixar o jovem visivelmente desconfortável. No final, o jovem partilhou com o grupo que *“realcei a minha peça a verde para fazer contraste com a peça do lado... acho que ficou bem, gosto do resultado!”* (sic).

A segunda e terceira parte da sessão direcionaram-se para a construção da peça, através de tintas de guache, cores de feltro e lápis de cor. Alguns jovens que

tinham participado na primeira sessão não estavam presentes, por terem tido alta, como era o caso do jovem I. Dado que houve jovens que eram novos à sessão, ficaram com essas mesmas peças, já delineadas, algo que foi refletido no final da sessão, como foi o caso da G. (2ª sessão), que não se demonstrou desconfortável pelo facto da sua peça já estar delineada. Maioria dos jovens pintaram com guache e dois deles utilizaram a escrita concomitantemente ao desenho/pintura. A C., inicialmente, recusava-se participar na atividade. Após muito incentivo e com a ajuda da D., delineou a sua peça; só no final da terceira parte da sessão, decidiu pintar a sua peça da cor de uma personagem de animação de que gostava (*Stitch*). A D. desenhou uma tartaruga e explicou no final ao grupo que “*é o meu animal preferido. Elas são livres, andam com a casa às costas e adaptam-se em qualquer lugar. Elas andam devagar, mas vão longe*” (sic). Provavelmente, a escolha deste animal foi uma analogia à sua situação atual, associada à medida de promoção e proteção, considerando que estava institucionalizada e, após sair do internamento, seria programada uma institucionalização para outro centro.

A R. (1ª sessão) desenhou um camaleão, uma lua, estrelas, uma borboleta, um lagarto e escreveu uma frase, que referia o seguinte “*we will always have moments of emptiness to feel full again*” (sic). A mesma refletiu com o grupo que se identificava com o camaleão, porque o mesmo altera as suas cores conforme o ambiente e que a jovem tenta também passar por despercebida no contexto social, assim como o camaleão desvia a atenção dos predadores através da camuflagem. Deu principal destaque à frase que escreveu, em que leu e traduziu a mesma ao grupo, dizendo “*às vezes, precisamos de nos sentir vazios para percebermos o que realmente nos preenche*” (sic), proporcionando algum sentimento de conforto e esperança ao grupo.

A L., na fase de delineamento da peça, estava muito envolvida e com o humor aparentemente eufórico. Porém, na fase do preenchimento da peça, a mesma não compreendeu inicialmente o que era proposto. As colegas que estavam ao seu lado, assim como a C., começaram por ajudá-la a encontrar alguma solução, perguntando “*Quais são as coisas que tu gostas? Quais são as tuas qualidades?*” (sic). A jovem ficou a olhar fixamente, com os olhos lacrimejantes, evitando o contacto visual. Com a minha intervenção, a jovem desenvolveu que gostava muito de patos e que, por isso, os pais chamavam-na de “*patolas*” (sic), ficando mais sorridente e olhando-me por períodos. Apesar deste termo ter uma conotação negativa no senso comum, a expressão facial da jovem contradizia este significado, aparentando ter um especial

apreço pela alcunha utilizada pelos pais. A jovem queria desenhar um pato, no entanto referiu que não sabia desenhar e, por esse motivo, tentámos resolver o problema. Então, ao invés de desenhar, escreveu “PATO” a preto e pintou a amarelo o fundo da peça, tendo ficado a pintura ligeiramente borrada. A jovem ficou visivelmente frustrada, estando menos comunicativa em grupo, partilhando que se sentia "*irritada por não conseguir desenhar um pato*" (sic). Esta sessão foi interessante para a jovem, no sentido em que a mesma inicialmente transpareceu a ideia de que estava tudo bem à equipa multidisciplinar, mas ao longo das sessões foi demonstrando maior abertura para vivenciar as suas emoções. Não obstante a jovem mostrar-se mais contida em contexto de grupo, no contexto individual, com os enfermeiros de referência, tinha mecanismos que lhe permitiam identificar e gerir as suas emoções.

Na última parte da sessão, discutiu-se em grupo o que faríamos com o puzzle: seria para colocar no serviço, seria para recortar e cada uma ficava com a sua peça? Após discussão com os jovens, ficou decidido que cada um recortava e ficava com a sua peça do puzzle. Foi deveras interessante observar que até no recorte os jovens tinham de ter cuidado com os limites da sua peça e a do outro. Na generalidade, os jovens gostaram da atividade. Identificaram obstáculos, tais como o delineamento e recorte da peça dado os limites da mesma, e encontraram estratégias em grupo para a resolução eficaz dos problemas. Além disso, o grupo foi capaz de trabalhar aspetos não apenas grupais, mas também individuais.

Na análise da sessão, juntamente com a enfermeira orientadora, foi possível verificar que esta tinha uma complexidade de execução elevada, pois teve de ser fracionado em quatro partes. Esta sessão espelhou a intervenção num grupo aberto, no sentido em que as peças que alguns jovens não terminaram, outros jovens entraram no grupo e preencheram a peça em falta. Esta particularidade permitiu trabalhar a adaptabilidade e a sociabilidade, aspetos fundamentais para a saúde mental, no contexto social.

→ **5ª Sessão – Gestão de Conflitos**

A 5ª sessão foi destinada à gestão de conflitos, tendo sido usado a dança e movimento como mediador, sendo já uma atividade terapêutica implementada no serviço. A “Dança e Movimento” é pensada a partir da teoria dos “5 Ritmos” (“*The 5Rhythms*”), visto que integra as 5 etapas da dança: *Flowing*, *Staccato*, *Chaos*, *Lyrical* e *Stillness* (Roth, 2023). A primeira etapa da atividade – *Flowing* – consiste na etapa

em que predomina a arte da fluidez do corpo, em que é realizada a introdução breve ao tema. Posteriormente, segue-se a próxima etapa, *Staccato*, onde se coloca em prática um movimento mais concreto, estabelecendo uma ligação com o mundo exterior. É nesta fase que se realizam dinâmicas mais estruturadas. *Chaos* é a terceira fase e descreve-se pela liberdade do corpo caracterizado por movimentos menos certos, mas mais rápidos. Seguidamente, *Lyrical* é a quarta fase da dança em que o movimento é caracterizado pela leveza, mas também pelo empoderamento e pela consciência de nós próprios. A última fase, *Stillness*, defende a ideia de que estar parado e não fazer nada são perspetivas diferentes. Remete para a fase final, encarando um momento de reflexão e relaxamento (Roth, 2023). Importa ressaltar que a execução de todas essas fases requer as orientações dadas pelo terapeuta, neste caso, pelo enfermeiro.

Esta sessão teve como objetivos principais a expressão das emoções através do corpo, reflexão sobre a gestão de conflitos e promoção de estratégias eficazes na resolução dos mesmos, abordando como domínio SEL a autorregulação, consciência social, competência relacional e tomada de decisão responsável. Na postura de terapeuta, conduzi a atividade terapêutica com o intuito de dar conhecimento não apenas sobre o conflito em si, como também sobre as estratégias que podemos adotar na presença do mesmo.

Participaram 8 jovens, 1 rapaz e 7 raparigas (jovens D, F, K, L, M, Q, R, S). O grupo esteve envolvido na temática. Quando pedido aos jovens para ir ao centro de uma roda demonstrar formas de gerir o conflito, alguns deles pediram colaboração a outro jovem do grupo e resolveram através de um aperto de mão ou um abraço. Verificou-se que os jovens foram capazes de comunicar de forma não verbal, através do corpo, tendo em conta que esta atividade não permitia a comunicação verbal.

No final, os jovens expressaram que gostaram da atividade, sendo que a F. (4ª sessão) referiu “*gostei muito e a minha parte preferida foi o relaxamento (fase Stillness)... apesar de alguma frustração e tristeza, consegui relaxar no final*” (sic), o que, nesta jovem, acabou por ser uma conquista, pois a mesma apresentava-se muito tensa e apreensiva no internamento. A L. (4ª sessão) expressou que “*inicialmente, sentia-me triste, mas com a atividade fiquei mais feliz*” (sic), indo ao encontro da ideia da R. (2ª sessão), que também referiu que ficou menos ansiosa após a atividade.

Após o término da sessão, reuni com a enfermeira orientadora, em que se notou que a projeção da voz era realmente necessária para este contexto, dado que se utiliza música durante a sessão e a voz do terapeuta tem de sobressair na música. Para além desse aspeto, inicialmente, integrar-me nesta atividade não foi fácil para mim devido à espontaneidade que é precisa para o desenrolar da dança. Acredito que a confiança é essencial para dançar. Como nunca havia utilizado a dança para expressar-me, no início eu sentia-me desconfortável com essa forma de exposição. Ter participado e depois observado a atividade de “Dança e Movimento” foi importante para desenvolver competências necessárias, nomeadamente a autoconfiança, para posteriormente ocupar o papel de terapeuta na sessão.

→ 6ª Sessão – Resiliência

Na 6ª sessão, foi trabalhado o tema “Resiliência”, que pertence às competências socioemocionais, através do mesmo mediador utilizado na sessão passada – a dança e movimento. Entende-se por resiliência como a capacidade do ser humano de reagir às exigências da vida cotidiana, mesmo diante das adversidades enfrentadas ao longo do seu desenvolvimento. Este conceito é extremamente importante para a prevenção e promoção da saúde nas populações (Silva & Elsen, 2003).

Sabia-se à partida que esta definição seria pouco conhecida para a maioria dos jovens, especialmente, os mais novos, mas o objetivo de trabalhar este tema seria abordar as estratégias para promover a resiliência, abordando o autoconhecimento, autorregulação e consciência social pertencentes aos domínios SEL. Participaram 6 jovens, 1 rapaz e 5 raparigas (jovem D, F, G, K, L e R).

Ao longo da atividade, quando foi questionado ao grupo sobre exemplos de estratégias de *coping* eficazes, a F. (5ª sessão) referiu “*magoar-nos*” (sic), algo que já tinha partilhado na 2ª sessão. Por outro lado, o K. (4ª sessão) demonstrou uma evolução positiva, tendo utilizado o humor de forma adequada, estando mais descontraído no contexto.

No final, os jovens expuseram o seu entendimento sobre o conceito de resiliência, assim como a sua opinião relativamente à atividade. A G. (3ª sessão) referiu que “*a resiliência é não desistir dos nossos objetivos, apesar dos obstáculos*” (sic). A maioria dos jovens concordou com o K., que “*nunca tinha pensado que este tema é importante de ser trabalhado*” (sic). Tanto para mim, como para a enfermeira

orientadora, esta sessão tornou-se um desafio, tendo sido da opinião de ambas que foi difícil de ser trabalhada, uma vez que este é um conceito complexo.

Numa análise pós-sessão, a escolha deste tema deveu-se a uma maior familiaridade com as competências e com o mediador utilizado. Não obstante, esta foi também uma oportunidade para trabalhar esta competência a nível pessoal.

→ 7ª Sessão – Jogo da Glória

A 7ª e última sessão do projeto de intervenção é intitulada por “Jogo da Glória” e consiste num jogo de tabuleiro realizado por mim, em que foram utilizadas as personagens do filme “Divertidamente”. O jogo intitulou-se por “Diverte-te com a mente”. Esta atividade teve um carácter lúdico-terapêutico, no sentido de promover o desenvolvimento das competências emocionais, a interação social, relação interpessoal e a cooperação, de forma a sintetizar todas as competências que foram trabalhadas ao longo das diversas sessões. Brincar é uma atividade essencial, visto que a criança/jovem manifesta a sua criatividade e personalidade. As atividades recreativas promovem o relaxamento, facilitam a criança e jovem a se sentir mais segura num ambiente estranho, ajudam a diminuir o stress causado pela separação das pessoas de referência, fornecem um ambiente favorecido para a expressão de sentimentos, encorajam a interação e o desenvolvimento das relações interpessoais positivas, auxiliam na expressão de ideias e interesses criativos, desenvolvem os objetivos terapêuticos de forma reativa e proporcionam a oportunidade para fazer escolhas (Castro et al., 2010).

No Apêndice VII, consta as regras do jogo de tabuleiro. Este é um jogo similar ao “jogo da glória”, em que cada casa corresponde a uma carta (carta das Competências Emocionais / carta das Competências Sociais) ou ao dado das emoções.

Participaram 11 jovens: 3 rapazes e 8 raparigas (jovens F, G, J, K, L, Q, R, T, U, V e W). Observou-se uma evolução positiva na jovem F. (6ª sessão), em que nesta atividade estava mais expressiva, com sentido de interajuda, mais participativa, em relação às sessões anteriores. Uma das cartas convidava os jovens a realizar a dinâmica do “telefone estragado” e a F. elaborou a mensagem: “*para seguir em frente, tens de dar o primeiro passo*” (sic). Nesta atividade, surgiu um pequeno conflito entre duas jovens (J. e Q.) durante a elaboração da dinâmica da resolução de problemas que foi mediado. A R. (4ª sessão) apresentava expressão facial feliz ao longo da

atividade, porém, no momento de reflexão, a mesma alterou a expressão, referindo “*fiquei ansiosa e quero falar com os enfermeiros*” (sic), evidenciando uma aparente alteração do humor. Posteriormente à sessão, foi necessário intervir individualmente com a mesma. A respeito dos restantes jovens, estes partilharam as seguintes ideias: “*gostei da atividade... houve partes que me senti confortável em responder às questões e houve partes que não consegui*” e “*fiquei ansioso, mas foi importante trabalhar estas competências*” (sic).

No final da sessão, houve espaço para refletir com a enfermeira orientadora. Os jovens que mais estiveram presentes ao longo das várias sessões demonstraram-se envolvidos e surpreendidos com a dinâmica da sessão ter um carácter mais lúdico-terapêutico. Apesar do grupo ter sido com mais de 10 elementos, foi possível observar uma melhor interação o que é expectável prever em grupos com mais elementos (Liebmann, 2004; citado por Sampaio et al., 2023). Ao longo das sessões, desenvolvi competências para dinamizar um grupo, trabalhando sobretudo a espontaneidade e o estabelecimento de limites.

2.5. Avaliação e limitações do projeto

No que concerne à avaliação do projeto, na fase de planeamento, tinha sido pensado que a avaliação seria contínua, o que se comprovou na implementação do mesmo, dado que algumas sessões foram reajustadas conforme as necessidades dos jovens e do serviço.

Avaliando a implementação do projeto, considero que se privilegiou o ambiente terapêutico e a relação terapêutica, algo que foi refletido junto da enfermeira orientadora. O ambiente terapêutico, conhecido como “*milieu therapeutic*”, é um ambiente que incentiva a expressão de sentimentos e desejos, oferecendo à pessoa a oportunidade de experimentar e testar situações de forma realista e benéfica. O “*milieu therapeutic*” prevê uma intervenção multidisciplinar promovendo alterações positivas na saúde da pessoa. Este ambiente sugere também uma avaliação holística contínua da mesma (Taylor, 1992; Kyes & Hofling, 1985).

O ambiente terapêutico num contexto hospitalar é proporcionado essencialmente pela equipa de enfermagem e o próprio ambiente físico. Nesse ambiente, é importante estruturar os limites, mas que permita ao jovem a liberdade de escolha, aumentando gradualmente as tomadas de decisão de acordo com a capacidade que o mesmo apresenta. De forma a contribuir para um ambiente

terapêutico, a equipa multidisciplinar deverá ter uma atitude terapêutica, que consiste numa estruturação da intervenção com a pessoa, após uma colheita de dados e discussão em equipa, considerando que só neste contexto poderá exercer-se o máximo efeito terapêutico (Taylor, 1992; Kyes & Hofling, 1985; citados por Cunha, 2019).

O projeto de intervenção contribuiu para a manutenção e desenvolvimento deste ambiente terapêutico, no sentido em que toda a equipa multidisciplinar tinha conhecimento do projeto e dos objetivos do mesmo. Alguns dos comportamentos observados pelos jovens durante as sessões faziam parte dos assuntos discutidos nas reuniões multidisciplinares. É importante ressaltar que este ambiente ofereceu a todos a possibilidade de estabelecer uma relação terapêutica. Considera-se que tal relação foi estabelecida com os jovens visados, mas de forma mais notória com o jovem elegido (jovem K.) para o estudo de caso, pelo facto de ter realizado sessões individuais e não apenas em grupo.

Para o estabelecimento da relação terapêutica, é necessária autenticidade, ou seja, o terapeuta deve ser honesto consigo mesmo no decorrer da relação com o cliente, proporcionando um ambiente de “confiança e de simplicidade necessária à criação de uma aliança terapêutica” (Phaneuf, 2002, p. 359).

Para além da autenticidade, a escuta ativa e o não julgamento do outro são essenciais para a relação de ajuda, existindo assim um ambiente mais recetivo à comunicação verbal e não verbal para o sofrimento do outro. Na relação terapêutica, deve existir uma atitude de aceitação pelo outro, respeitando-o, ajudando a compreender os seus comportamentos (Phaneuf, 2002).

A relação terapêutica foi a base essencial para atingir os objetivos do projeto, no que concerne à recuperação dos jovens. Como se trata da relação, são aspetos difíceis de mensurar. Contudo, foi possível observar alterações e mudanças no comportamento dos jovens, como foi reportado na descrição e avaliação de cada sessão acima descritos.

Jovens que inicialmente estavam mais contidos, no final, no contexto grupal, conseguiam expor as suas emoções. No geral, os jovens demonstraram capacidade de identificar as emoções e, na incapacidade de geri-las, pediam ajuda à equipa de Enfermagem. Realço também a pertinência do Enfermeiro de referência ter um papel determinante no acompanhamento individual dos jovens.

Na avaliação das limitações observadas e refletidas sobre o projeto de intervenção, constatei que o projeto teve de sofrer algumas alterações para se tornar exequível e que essa capacidade de adaptação foi determinante para uma implementação com maiores ganhos, devido às singularidades do serviço e da população-alvo. O estágio de 9 semanas foi uma limitação, pois um período mais longo teria permitido um maior aprofundamento das atividades do projeto.

Relativamente à implementação, em momentos de reflexão com a enfermeira e o professor orientador, foi possível verificar que a sessão de cineterapia foi pouco desenvolvida, algo que verifiquei e senti durante o decorrer da atividade terapêutica. Apercebi-me de que o grupo estava pouco envolvido, já que apenas dois jovens participaram mais ativamente. Dos restantes jovens, obtinha respostas curtas e fechadas, o que me fez duvidar se o filme teria sido pertinente para o grupo em questão ou, por outro lado, se não consegui mobilizar os conteúdos de forma clara e pertinente para os jovens. Este facto acabou por ser confirmado na sessão seguinte (“Roda das Emoções”), onde mantive as personagens do filme, e consegui obter um grupo mais participativo e envolvido.

A sessão “Puzzle Social” foi planeada como uma sessão apenas, todavia, foi necessário fracionar em quatro partes, uma vez que o tempo necessário para a realização da sessão não era compatível com o tempo dispensado para as atividades pré-estabelecidas no serviço. Infelizmente, por essa razão, alguns jovens não estiveram presentes em todas as partes incluídas nesta sessão. Em contrapartida, o facto desta sessão ter sofrido alterações no seu planeamento e execução, permitiu-me trabalhar várias competências a nível pessoal, nomeadamente, a capacidade de adaptação, indo também ao encontro das necessidades do grupo. Além disso, os jovens que estiveram presentes na maioria ou na totalidade das partes da sessão aderiram e apreciaram a mesma, tendo sido atingido o objetivo inicial, mais concretamente: a adaptabilidade. Apenas os jovens C, D, K e M estiveram presentes em todas as partes da sessão do Puzzle, tornando-se mais participativos e envolvidos ao longo desses momentos.

Não obstante, não é possível afirmar que a evolução se deveu exclusivamente à implementação do projeto, dado que cada um dos jovens era alvo de diversos tipos de intervenção realizados por uma equipa multidisciplinar. No entanto, os objetivos previamente definidos com o projeto foram atingidos, na medida em que os jovens, em contexto de grupo, conseguiram identificar as emoções que vivenciavam,

adquiriram estratégias para geri-las, assim como desenvolveram competências sociais. Contrariamente ao início do internamento, vários jovens foram capazes de pedir ajuda quando necessário, sendo uma estratégia essencial no processo de recuperação, potenciado pela aquisição de competências necessárias para o período de pós-alta. Foi observada uma crescente adesão, envolvimento e satisfação dos jovens ao longo das sessões desenvolvidas.

PARTE III – Análise Reflexiva do Processo de Desenvolvimento de Competências

Tendo por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e o Regulamento dos Cursos de Mestrado em Enfermagem, surge este capítulo com o propósito de refletir sobre as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do curso de mestrado. Neste percurso, assume particular relevância o estágio realizado, quer em contexto hospitalar, quer num contexto de cuidados diferenciados.

Além de ter estagiado num contexto hospitalar, foi-me possível estagiar num contexto diferenciado. Este contexto diz respeito a uma unidade de cuidados especializados na saúde mental na primeira infância na área da Grande Lisboa. Pertence ao Centro de Estudos do Bebê e Criança, juntamente com o Centro de Desenvolvimento. Esta unidade presta cuidados especializados de saúde mental, dando resposta ao nível da prevenção e promoção de saúde mental infantil, diagnóstico e intervenção terapêutica, tendo como população-alvo crianças até aos três anos. A unidade é composta por uma equipa multidisciplinar, à qual pertencem duas EEESMP, Médicos Pedopsiquiatras, Psicóloga, Funcionárias Administrativas, Assistente Operacional e Terapeuta Ocupacional. O acesso à unidade pode ser feito por referência médica ou por contacto dos próprios familiares por preocupação/necessidade dos mesmos através da linha “SOS Saúde Mental do Bebê”. O papel do EEESMP passa por prestar cuidados especializados de ESMP à criança e pais que solicitam ajuda e recorrem à unidade por estarem preocupados com alguma situação específica ou por serem referenciados por médicos pediatras para posteriormente obterem uma observação na unidade por esta ser mais especializada. Os principais pedidos surgem por perturbação do sono, do comportamento alimentar, da relação e comunicação e/ou atraso no desenvolvimento.

Dado o que foi observado na prática clínica, foi possível constatar de que o EEESMP assume um papel fundamental na intervenção com a criança e família, referente ao cuidado das famílias, nomeadamente, dos pais. O primeiro atendimento à família é feito pelo EEESMP, em que avalia a necessidade de encaminhar para outros técnicos. Durante a consulta de Enfermagem, a intervenção do Enfermeiro na promoção da saúde mental e prevenção da doença mental é notória. Considerando as características e modo de funcionamento do serviço, não foi possível implementar o

projeto de intervenção, no seu desenho original, no entanto foi exequível promover a gestão das emoções dos familiares, dada a elevada preocupação demonstrada pelos pais ao terem de frequentar uma consulta de pedopsiquiatria com o seu bebé ou criança. Além disso, foi também observada que a promoção das competências socioemocionais do bebé e criança pode e deve ser promovida desde esta etapa do ciclo vital, na medida em que estas competências estão presentes desde o nascimento do bebé, implicando a sua autorregulação, aspetos altamente significativos na promoção da saúde mental do bebé e criança.

Todo este percurso, tanto teórico como prático, possibilitou a aquisição e desenvolvimento de competências comuns, específicas do EESMP e de mestre, que são analisadas abaixo.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do Enfermeiro Especialista são: a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Em referência à primeira competência comum, acerca da responsabilidade profissional, ética e legal, considero que tenha sido respeitada e concretizada ao longo dos estágios desenvolvidos, estando esta competência já implícita na minha prática profissional (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Os aspetos éticos são abordados com maior pormenor no subcapítulo seguinte.

A melhoria contínua da qualidade, a segunda competência comum, foi desenvolvida desde o início do mestrado, em que surge em mim uma necessidade de melhoria dos meus cuidados prestados em contexto profissional. Também foi desenvolvida em todos os contextos de estágio, de forma mais premente no estágio hospitalar, em que dinamizei o programa de promoção de saúde mental, com o intuito de contribuir para a melhoria contínua, garantindo sempre um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A respeito da terceira competência, a gestão de cuidados foi executada sobretudo no enquadramento clínico, em que me integrei em equipas de saúde e auxiliei na tomada de decisão e na gestão de cuidados de enfermagem, em reuniões de equipa multidisciplinar no contexto hospitalar, comunitário e diferenciado, tendo em

conta os recursos e o contexto de implementação de estratégias, visando sempre a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi uma competência trabalhada desde o começo do curso de mestrado, abordado inicialmente na Unidade Curricular Desenvolvimento Pessoal e aprofundado no contexto clínico. A prática dos cuidados especializados teve sempre por base a evidência científica mais recente com o intuito de promover os melhores cuidados conhecidos até ao momento (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

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

As quatro competências específicas do EEESMP constam no Artigo 4º, do Regulamento nº 515/2018. A cada competência é atribuído um descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

“1 — Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428).

A *“tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio-terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas”* foi desenvolvida não apenas pelas aulas da Unidade Curricular Desenvolvimento Pessoal, que me fizeram compreender a necessidade de pensar sobre mim e sobre o “eu” na relação, como também nas reuniões formais e informais com as enfermeiras orientadoras e com o professor orientador (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428). A realização dos jornais de aprendizagem permitiu-me identificar *“no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar”* (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428). A gestão dos *“fenómenos de transferência e contra-transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica”* foram identificados em vários momentos e discutidos com a enfermeira orientadora, especialmente na análise de interação realizada numa sessão individual com um jovem em contexto hospitalar; da autoanálise diária e comentários das enfermeiras orientadoras, que foram posteriormente refletidos nos jornais de aprendizagem (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428). O zelo pelo *“contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico”* foi trabalhado desde a Unidade Curricular

Desenvolvimento Pessoal, onde me apercebi da necessidade de melhoria da comunicação, mais especificamente a assertividade, dedicando-me a este aspeto nos contextos de estágio (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428). Esta necessidade alertou-me também para a importância das minhas “*reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica*” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428).

No decorrer do curso de mestrado, houve várias atividades, como acima descritas, que desempenharam um papel crucial no meu desenvolvimento pessoal. Em particular, a necessidade de articular ideias de forma clara nas sessões desenvolvidas e defender as minhas perspetivas nas reuniões aumentou significativamente a minha assertividade. Além disso, os *feedbacks* construtivos, que fui obtendo das enfermeiras orientadoras e do professor ao longo dos estágios, proporcionaram-me uma melhor perceção das minhas competências e das áreas que precisava de aprimorar, incentivando um processo contínuo de autoconhecimento.

“2 — *Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental*” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428).

A segunda competência baseia-se essencialmente numa avaliação detalhada da pessoa, família ou grupo, incluindo estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença. Esta competência foi desenvolvida em todos os contextos de estágio com populações distintas.

No contexto comunitário, mais especificamente em ambiente escolar, realizei sessões com turmas sinalizadas pela diretora da escola como estas sendo “*as mais problemáticas*” (sic), no sentido de promover as competências socioemocionais para prevenir o *bullying*. Para isso, foi necessário realizar uma “*avaliação abrangente das necessidades em saúde mental do grupo*” para posteriormente intervir (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428). Contudo, este estágio foi realizado em maio de 2023, coincidindo com o término do ano letivo, o que impossibilitou a execução e implementação de um projeto mais estruturado neste contexto. Além desta intervenção, assisti a reuniões multidisciplinares e participei em consultas de admissão da intervenção precoce, indo ao encontro do critério de avaliação F.2.3.4. que sugere a implementação “*programas de intervenção precoce*” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428).

No contexto de internamento, implementei o “*projeto de promoção e proteção de saúde mental*” sobre as competências socioemocionais, sem menosprezar a importância da “*avaliação global que permita uma descrição da história de saúde com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família*” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428). Esta avaliação foi realizada aos jovens que participaram no projeto, porém com maior enfoque no jovem selecionado para o estudo de caso, identificando os fatores de proteção e de risco da sua saúde mental. Este projeto vai ao encontro dos critérios de avaliação F.2.3.1., F.2.3.2. e F.2.3.3., em que se sugere uma implementação de “*programas centrados na população que promovam o empoderamento*” e “*programas de promoção da participação ativa, através da educação para a cidadania e empoderamento das pessoas com doença mental grave*” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428). Apesar de ter sido realizado num grupo de jovens com problemáticas identificadas na sua saúde mental, teve como propósito aumentar as competências socioemocionais e consequentemente promover a saúde mental daquele grupo. Concomitantemente ao estágio de internamento, tive a oportunidade de frequentar alguns turnos num serviço de urgência de saúde mental nesta faixa etária, em que a avaliação abrangente do cliente e da família era notória, com a relevância de identificar os reais riscos que o cliente apresentava, planeando intervenções especializadas num curto espaço de tempo.

No contexto diferenciado, foi possível aprofundar esta competência na família, já que a intervenção era sempre com a díade pais-criança, pois as problemáticas observadas na criança eram, frequentemente, espelhadas pela dinâmica familiar. Maioria dos problemas em saúde mental aparecem na infância precoce, por isso torna-se importante que sejam rapidamente identificadas de forma que a intervenção seja feita o mais brevemente possível, com o objetivo de prevenir e evitar condições psicopatológicas. A intervenção precoce, na gravidez ou nos primeiros anos de vida, pode prevenir muitos problemas de saúde mental, sendo que a promoção da saúde mental nesta fase é determinante. A psicopatologia desenvolvida na infância pode causar alterações nos vínculos e no equilíbrio familiar, comprovando-se que os vínculos não se estabelecem de forma homogênea, dado que a capacidade de lidar com este tipo de situação varia de pessoa para pessoa. Quando a família é confrontada com um diagnóstico de perturbação mental, é necessário intervir na mesma, devido à elevada sobrecarga emocional que estas situações exigem. O cuidado a essas famílias, além de instrumentalizá-las nessas dificuldades, também passa por prestar cuidados na promoção da saúde e prevenção da doença mental (Di

Primio et al., 2010; citados por Vicente et al., 2015; Santos, 2013; Campos & Soares; 2005). Se nos outros estágios me foi possível trabalhar com jovens e grupos, neste foi exequível assistir o bebê e criança, sem nunca esquecer também a família, atendendo às repercussões na saúde mental. A avaliação teve em atenção as situações de desenvolvimento e de saúde mental do bebê e criança, sendo determinante conhecer as fases de desenvolvimento e avaliação dos vínculos com o propósito de identificar precocemente sinais de alerta para intervir antecipadamente, diminuindo o risco do desenvolvimento de uma perturbação (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

Em todos estes contextos, avalei *“o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia”* (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428), adotando uma abordagem centralizada na pessoa. Esta competência é muito significativa para, posteriormente, serem planeadas as intervenções mais adequadas e viáveis para a pessoa, família, grupo e comunidade.

“3- Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428).

Ao longo do curso de Mestrado, a maioria das unidades curriculares contribuíram para o desenvolvimento desta abordagem, num método mais teórico, para posteriormente ser colocada em prática nos locais de estágio, destacando o conhecimento da Psicopatologia Compreensiva, Projeto em EMSP e a Unidade Curricular de Modelos, Métodos e Técnicas de Intervenção em Saúde Mental. Esta competência foi mais desenvolvida no estágio de internamento e diferenciado, devido às suas características. Apesar de ser menos rico em oportunidades, pela época temporal, esta competência foi também trabalhada no contexto comunitário.

A interpretação dos dados, identificação dos focos/diagnósticos e planeamento de estratégias teve por base o Modelo de Neuman. Este modelo partilha a mesma ideia do critério de avaliação F3.1.2., em que sugere uma avaliação do *“impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar”* (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21429), identificando os stressores do cliente, família ou grupo. A formação dos diagnósticos teve como taxonomia a CIPE (2015), preconizada pela Ordem dos Enfermeiros.

A abordagem sistêmica, a meu ver, contribuiu para uma análise global das várias vertentes da vida do cliente, desde os 0 aos 17 anos, em que apesar de não ter focado a minha intervenção na família, esta era muitas vezes observada como um fator de proteção e/ou risco da saúde física e mental da criança e jovem. Por isso, a intervenção centrada na criança e jovem tinha como retaguarda a intervenção na família realizada por outros profissionais de saúde. É notória a importância da intervenção multidisciplinar na satisfação das necessidades do cliente, família e comunidade, realçando-se a autonomia do enfermeiro especialista, cujas competências detêm um papel fundamental tanto na promoção como na prevenção. Participei nas reuniões multidisciplinares em ambos os estágios, que se tornaram momentos favoráveis para a minha aprendizagem, demonstrando várias abordagens e diferentes análises sobre a mesma criança e jovem, proporcionando um olhar mais abrangente da pessoa e família.

A prestação de cuidados especializados teve por base a evidência, como foi o exemplo da intervenção grupal, no contexto de internamento, em que foi utilizado o Modelo SEL. O “Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem” foi também um adjuvante ao trabalho planeado (Sampaio et al., 2023).

No contexto diferenciado, houve maior oportunidade para estabelecer intervenções de forma a prevenir a perturbação mental, visto a criança estar em desenvolvimento e obter uma resposta de saúde muito precoce. Em ambos os contextos, desenvolvi o pensamento crítico e olhar clínico para os dados que obtinha, algo que era facilitado na discussão de ideias com as enfermeiras orientadoras e com o professor.

A realização do estudo de caso no contexto hospitalar sobre um jovem do sexo masculino com uma perturbação do comportamento alimentar – anorexia nervosa, foi outra estratégia muito importante para o desenvolvimento de competências de especialista. As estratégias de intervenção utilizadas basearam-se em sessões individuais e sessões grupais utilizando recursos artístico-expressivos. Observou-se uma evolução positiva do jovem ao longo do internamento. A avaliação dos resultados baseou-se no exame do estado mental de Trzepacz & Baker (2002), denotando-se uma melhoria do humor, maior socialização em contexto grupal, grande adesão ao regime terapêutico, participação ativa nas atividades terapêuticas em grupo, procura de ajuda quando não conseguia utilizar estratégias de coping eficazes, menor

ansiedade às refeições, melhoria na alteração da percepção da autoimagem, com crítica para a sua situação psicopatológica, apresentando maior consciência de si e dos seus recursos internos. A utilização do Modelo de Neuman permitiu uma visão sistémica e global dos vários stressores que influenciavam a homeostasia do jovem em estudo, permitindo confirmar que a perturbação do comportamento alimentar apresenta várias causas.

No contexto diferenciado, tive oportunidade de acompanhar algumas crianças e notificar a sua evolução através de registos de observação, essenciais para discutir na equipa multidisciplinar e adotar uma visão mais abrangente da criança e família. As intervenções adotadas nas consultas de Enfermagem de Saúde Mental dependiam das necessidades da criança que eram observadas pelos técnicos e pelas necessidades verbalizadas pelos pais. Dado o que foi observado na prática clínica, foi possível constatar de que o EEESMP assume um papel importante na consulta de enfermagem neste contexto, referente ao cuidado às famílias, nomeadamente, dos pais. Durante a consulta, a intervenção do enfermeiro na promoção da saúde mental e prevenção da doença mental é notória. A gestão das emoções pareceu ser uma das intervenções mais frequentes, devido à elevada preocupação demonstrada pelos pais ao terem de frequentar uma consulta de saúde mental com o seu bebé ou criança. As emoções também têm como função a regulação da interação na relação com os outros, nesta fase tão precoce da infância, a inteligência emocional dos pais é imperativo para um bom desenvolvimento da criança. Devido às diversas situações e experiências vivenciadas pela mãe e pelo pai, nem sempre têm recursos internos que lhes permitam gerir de forma adequada as suas emoções e, para isso, desenvolvi uma proposta de intervenção do enfermeiro especialista nesse âmbito.

Acerca das emergências psiquiátricas, foram observadas em ambos os contextos, incluindo o serviço de urgência, em que houve o cuidado de avaliar o potencial risco para o próprio e para terceiros, nomeadamente o risco de suicídio e comportamentos autodestrutivos nos adolescentes, indo ao encontro dos critérios de avaliação F3.1.7 e F3.1.8. (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

“4 — Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”
(Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21430).

A quarta e última competência do EEESMP foi desenvolvida e aprofundada ao longo dos estágios. Essencialmente no estágio hospitalar e diferenciado, após um planeamento estruturado, foram implementadas intervenções com o intuito de auxiliar a pessoa a *“alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobiliza cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais”* (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21431).

No estágio hospitalar, a intervenção que é feita com os jovens foca-se essencialmente na recuperação da saúde mental, com a preocupação do mesmo inserir-se novamente na sociedade, retomando as atividades letivas, familiares e sociais. Atividades como *“ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar”* (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21431) foram efetuadas sobretudo durante a implementação do projeto. O tema do projeto promoveu aos jovens um maior controlo das suas emoções e ganho de competências sociais, realçando o critério de avaliação F4.1.3., em que se desenvolveu o conhecimento e ganho de aquisições relacionados com a saúde mental. Durante o internamento, tornou-se importante realçar que a adesão terapêutica (farmacológica e/ou não farmacológica) no pós-alta era determinante para evitar a fenómeno da *“porta-giratória”*, tanto do jovem como da família. O projeto de intervenção permitiu desenvolver *“processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação”* ((Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21431).

No estágio de contexto diferenciado, surgiram diversas situações em que havia suspeita de perturbação do neurodesenvolvimento, essencialmente, perturbações do espectro do autismo, em que os pais se encontravam preocupados pelos sinais de alerta identificados por si ou por educadores. Nesses casos, esta competência foi aprimorada, no sentido de fornecer *“antecipadamente orientações aos clientes, para promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais”* ((Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21431). Nas consultas, observou-se o cansaço, essencialmente, das mães. Os cuidadores também necessitam de ser cuidados e promoveu-se a melhoria do autocuidado à família, através da comunicação de estratégias de promoção da saúde mental.

Em ambos os estágios, principalmente no estágio hospitalar, promoveu-se a reabilitação psicossocial com o intuito de autonomizar e empoderar a criança e jovem.

O projeto foi um aliado no desenvolvimento desta competência, visto que um dos objetivos era a recuperação da saúde mental dos jovens com problemáticas conhecidas e dar-lhes competências emocionais e sociais para gerirem os seus problemas no seu dia-a-dia. Por outro lado, no estágio de diferenciado, apesar de não ter sido possível implementar o projeto, uma vez que o contexto era distinto, compreendi que estas competências são logo trabalhadas desde cedo e promover este conhecimento aos pais durante as consultas foi deveras importante. O trabalho com a criança até aos 3 anos relativamente a estas competências, tanto as emocionais e as sociais, foi possível através do brincar terapêutico, em que estimei a identificação das emoções e privilegiei a interação entre mim e a criança.

3.3. Competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Ao longo do curso de mestrado, determinou-se não apenas o desenvolvimento de competências comuns e específicas, como também as de mestre.

- a) *“Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde”* (Regulamento n.º 705/2021, 2021, p. 124);

Nas unidades curriculares comuns dos mestrados em todas as áreas de especialidade, desenvolvi esta competência, como foi o exemplo da Enfermagem Avançada, Ética, Investigação e Gestão em Enfermagem. Através destas, consegui adquirir as competências necessárias para desenvolver o meu julgamento clínico, tendo uma tomada de decisão mais ponderada e refletida na base da evidência científica no contexto prático.

- b) *“Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ética-deontológicos”* (Regulamento n.º 705/2021, 2021, p. 124);

A prática baseada na evidência é uma decisão clínica fundamentada no melhor conhecimento disponível, no contexto dos cuidados prestados, tendo por base as preferências da pessoa assistida, auxiliando no julgamento profissional do enfermeiro (Jordan, Lockwo, Aromataris & Munn, 2016).

A elaboração do projeto de intervenção desencadeou o interesse pela procura da melhor evidência disponível, no sentido de promover os melhores cuidados de

enfermagem à população-alvo. Assim, em todos os estágios, a pesquisa pela evidência mais recente foi uma premissa, com o intuito de adquirir o conhecimento necessário com o propósito de melhorar a minha intervenção e, com isso, aprofundar as minhas competências não só de especialista, como de mestre.

c) *“Capacitar o enfermeiro como elemento integrante e dinamizador da enfermagem de uma forma proativa em equipas e projetos”* (Regulamento n.º 705/2021, 2021, p. 124);

O enfermeiro ocupa um lugar singular na equipa multidisciplinar por ter uma abordagem holística da pessoa. O contributo do enfermeiro mestre e especialista na área da saúde mental é notória em todos os contextos que frequentei, como em todos eles a enfermagem participou de forma ativa e crítica nas reuniões multidisciplinares, consciencializando a equipa para uma tomada de decisão responsável com base técnico-científica. Realço que, no contexto hospitalar, o EEESMP era quem liderava a reunião multidisciplinar.

d) *“Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada”* (Regulamento n.º 705/2021, 2021, p. 124).

O Modelo de Desenvolvimento Profissional integra-se numa teoria que perspetiva a formação ao longo da vida, realçando a experiência e aprendizagem do enfermeiro no trabalho, considerando diferentes caminhos formativos (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A procura pela realização do curso de mestrado foi influenciada pela minha vontade pessoal e profissional de saber mais sobre a área de Enfermagem que mais admiro. Sinto que foi uma experiência rica em momentos de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional, sendo uma porta aberta para continuar o meu percurso formativo, tornando a minha intervenção mais especializada e com recurso na evidência com vista na melhoria dos cuidados prestados.

Após esta análise sobre as competências adquiridas, considero ser detentora das competências de enfermeiro especialista e mestre, assumindo uma responsabilidade de melhoria contínua.

4. Considerações Éticas

Durante a realização dos estágios, assim como no contexto laboral, a prática de enfermagem está sempre aliada aos princípios éticos e deontológicos que regem

a nossa intervenção. Mencionando o artigo 76º, alínea a), dos Deveres em Geral pertencente à Deontologia Profissional de Enfermagem, os enfermeiros assumem obrigatoriedade de exercer a Enfermagem com conhecimento, respeito pela vida e dignidade humana, preservando a saúde da comunidade, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2015). O desenvolvimento de competências de especialista e mestre foi determinante para um julgamento mais crítico e ponderado das decisões clínicas, baseado no princípio da teoria de Johnstone (2019), que define “principalismo ético” em quatro princípios: beneficência, não maleficência, justiça e respeito pela autonomia. Na área da saúde mental, são inúmeras as situações em que estes princípios auxiliam e conduzem a um delineamento da intervenção de enfermagem numa abordagem mais atenta às necessidades da pessoa, neste caso, criança e jovem.

Como estratégia de manter o sigilo, identifiquei cada adolescente com uma letra ao invés de utilizar o próprio nome. Contudo, por existirem mais dados acerca de cada jovem, como por exemplo: contexto familiar, escolaridade, idade, e por estes dados tenderem à sua identificação, o Quadro foi retirado após discussão do relatório, já que é necessário para uma melhor análise e discussão das atividades desenvolvidas ao longo do estágio em que foi realizado o projeto de intervenção. A privacidade e proteção dos dados das crianças e jovens foi mantida durante os estágios, tal como neste relatório. Nas atividades terapêuticas do projeto, criou-se um espaço terapêutico em que os jovens tinham autonomia para partilhar vários aspetos e sentimentos, caso fossem muito pessoais eram acolhidos pelo grupo e abordados esses assuntos num contexto individual, de forma a manter a privacidade e intimidade do mesmo, salvaguardando o ambiente terapêutico do grupo

Os adolescentes com problemáticas na sua saúde mental são mais vulneráveis à exclusão social, discriminação, estigma, dificuldades no contexto escolar, doença física, adoção de comportamento de risco e violação dos direitos humanos. O autoestigma tem sido um termo cada vez mais usado, em que a pessoa incorpora os estereótipos impostos pela sociedade, tendo como consequências uma baixa autoestima, dificuldade em pedir ajuda e aceitação do seu estado de saúde. Realça-se a ideia de que o estigma desta área ainda existe e, por este motivo, é relevante o enfermeiro ter um sentido ético apurado na gestão do mesmo, de forma a proteger a criança, jovem e família (OMS, 2021; Jorm et al., 2006; Tapia et al., 2015; Dias, 2020; Pyne et al., 2004). O desenvolvimento das competências socioemocionais contribuiu

para a promoção da autoaceitação dos jovens, assim como uma maior facilidade em pedir ajuda.

Um outro aspeto ético que foi refletido no estágio hospitalar relacionou-se com os cuidados de higiene assistidos das jovens com perturbação do comportamento alimentar. Houve o cuidado da equipa de esta intervenção ser feita mantendo a privacidade dos mesmos e tendo em atenção que para um jovem do sexo masculino estava presente um enfermeiro e um assistente operacional, como também para uma jovem do sexo feminino estavam presentes duas enfermeiras ou uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem. Para além dos cuidados de higiene ser um momento muito íntimo para os jovens, era também um espaço terapêutico em que os mesmos abordavam o desconforto que tinham em relação ao aumento de peso que estavam a apresentar ao longo do internamento, como se o facto de estarem despidos, levava a que “despisses” também algumas das suas dificuldades. Para o enfermeiro, e da minha vivência, tornava-se um espaço respeitoso e empático, em que o simples tocar na pele como a colocação do gel de duche ou de creme hidratante seria um passo difícil de ser exequível confortavelmente para a maioria das jovens. Outra questão ética relacionada com os jovens com perturbação do comportamento alimentar é o facto de lhes ser exigido cumprir um plano alimentar, o que lhes limita a liberdade individual de tomar a decisão de comer ou não. Estamos perante um dilema ético, em que se confrontam o princípio da autonomia com o princípio da beneficência. Com base no conhecimento científico, os jovens com perturbação do comportamento alimentar têm alterações a nível do pensamento e da perceção relacionadas com a alimentação e, por esse motivo, o princípio da beneficência deve prevalecer, com o objetivo de proteger a vida e promover a recuperação destes jovens.

Relativamente ao estágio diferenciado, as consultas eram realizadas a crianças até aos 3 anos, que maioritariamente vinham acompanhadas pelos pais. Um dos aspetos que levou à minha reflexão foi o facto da consulta poder estar tendencialmente focada na mãe, colocando inconscientemente a figura paterna em segundo plano, observando uma visão pouco holística e desigual da parentalidade, em que a mãe adota um papel tradicional como principal cuidadora, repercutindo no papel desempenhado pelo pai, podendo este sentir-se excluído ou desvalorizado.

A ética e deontologia, em que se baseia a disciplina de Enfermagem, é, portanto, uma matriz orientadora para uma prestação de cuidados mais focalizada na

pessoa e com um olhar mais crítico e reflexivo para as situações com que nos deparamos diariamente, projetando assim uma melhoria dos cuidados prestados.

5. Considerações Finais

As competências socioemocionais são competências fundamentais para o cotidiano de todos nós. Pela real importância dos mesmos, quanto mais cedo forem trabalhadas, maiores benefícios teremos no crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes, aumentando os fatores de proteção da sua saúde mental.

Ter trabalhado este tema com jovens com alterações da sua saúde mental, em contexto de internamento, foi a meu ver uma mais-valia para ajudar na recuperação dos mesmos, dado que estas competências são promotoras de um estilo de vida mais saudável neste âmbito. Observaram-se como resultados uma maior facilidade em pedir ajuda e em identificar as emoções que vivenciavam, tendo alguns jovens adquirido algumas estratégias para as gerir. Por outro lado, contribuí-se para a reflexão sobre a importância de promover estas competências precocemente, algo que foi verificado no contexto diferenciado, em que se confirma que as competências socioemocionais podem e devem ser promovidas desde a gravidez/nascimento do bebé, visto terem um grande impacto na nossa saúde mental.

A realização do presente relatório de estágio possibilitou-me refletir sobre a minha prática e desenvolvimento de competências de EEESMP, compreendendo de que forma posso ser um instrumento terapêutico para o outro. Para isso, foi necessário desenvolver várias competências, das quais realço a primeira, referente à consciência de mim mesma, relevante para a relação terapêutica. A própria identificação e gestão das minhas emoções foi determinante na intervenção, principalmente com os jovens, onde observei efetivamente o sofrimento mental dos mesmos, adotando uma postura empática e não julgadora. Os jovens com perturbação do comportamento alimentar foram um desafio para a minha intervenção devido ao facto do meu conhecimento ser limitado relativamente a esta área tão específica. O desenvolvimento do estudo de caso sobre um jovem com PCA auxiliou-me no desenvolvimento da base científica necessária para intervir com os restantes jovens.

A intervenção do EEESMP é notória nos vários contextos, embora com diferentes focos e diagnósticos. A componente teórica do curso de mestrado constituiu um alicerce para o desenvolvimento de competências no período prático do curso. Os locais de estágios foram ricos em aprendizagens e oportunidades de crescimento pessoal e profissional, necessários para conhecer e trabalhar esta nova fase do meu percurso profissional.

Não obstante existirem ainda muitos aspetos por aperfeiçoar, considero que este meu percurso fez com que atingisse as competências necessárias para uma intervenção em Enfermagem mais especializada na área que mais aprecio, a Saúde Mental.

Referências Bibliográficas

- Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 23(3), 327-330.
<https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10366/10102>
- Amaral, A. (2020). Um Modelo de Intervenção em Grupo. In C. Sequeira, & F. Sampaio, *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1ª ed., pp. 225-227). Lisboa: Lidel.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2024, janeiro). *Suicide resource center*.
https://www.aacap.org/AACAP/Families_Youth/Resource_Centers/AACAP/Families_and_Youth/Resource_Centers/Suicide_Resource_Center/Home.aspx
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, & American Academy of Pediatrics. (2022, fevereiro 3). *Joint statement on the mental health crisis in children and adolescents*.
https://www.aacap.org/App_Themes/AACAP/docs/Advocacy/policy_resources/AAP_AACAP_CHA_statement_2-3-22.pdf
- American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Washington-DC.
- Antunes, A., Ruivo, A., Lopes, J., Leal, P., & Deodato, S. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea descritiva das etapas. *Percursos*, 15, 1-38.
http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Arantes, C. (2014). *Cinematerapia: Uma proposta psicoeducativa segundo a teoria de Jeffrey Young*. [Tese de Pós-graduação – Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia: Instituto de Psicologia]. Repositório Institucional da Universidade de Uberlândia.
<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/17231/1/CinematerapiaPropostaPsicoeducativa.pdf>
- Benevides, D., Pinto, A., Cavalcante, C., & Jorge, M. (2010). Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface*, 14(32), 127-138.
<https://www.scielo.org/pdf/icse/v14n32/11.pdf>
- Bolsoni, E., Heusy, I., Silva, Z., Rodrigues, J., Peres, G., & Morais, R. (2016). Consulta de Enfermagem em Saúde Mental: Revisão Integrativa. *Revista Eletrônica*

- Saúde Mental Álcool e Drogas*, 12(4), 249-259.
<https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i4p249-259>
- Campos, P., & Soares, C. (2005). Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. *Psicologia em Revista*, 11 (18),219-237.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v11n18/v11n18a06.pdf>
- Carvalho, R., Selas, C., Capinha, C., Martins, D., Costa, G., Guerrinha, M., Mascarenhas, N., Brito, R., & Vaz, T. (2013). Arte Viva. *Revista Portuguesa de Arte-terapia*, 3, 1-71. https://arte-terapia.com/wp-content/uploads/2013/09/REVISTA-ARTE-VIVA-3_ok-1.pdf
- Castro, D., Andrade, C., Luiz, E., Mendes, M., Barbosa, D., & Santos, L. (2010). Brincar como instrumento terapêutico. *Pediatria*, 32 (4), 246-254.
https://www.researchgate.net/profile/Luiz-Santos-16/publication/280947178_Brincar_como_instrumento_terapeutico/links/55ce1eac08ae118c85bdfac6/Brincar-como-instrumento-terapeutico.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023, março 8). *Data and statistics on children's mental health*. U.S. Department of Health and Human Services.
<https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/data.html#print>
- Chalifour, J. (2002). *A intervenção terapêutica. Vol.2: Estratégias de intervenção*. (G. Toletti Trad.). Lisboa: Lusodidacta.
- Chiuzi, R., Peixoto, B., & Fusari, G. (2011). Conflito de gerações nas organizações: um fenômeno social interpretado a partir da teoria de Erik Erikson. *Temas em Psicologia*, 19(2), 579-590.
<https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751438018.pdf>
- CIPE (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta
- Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning. (2024, fevereiro 13). *Program Guide*. Website de CASEL. www.pg.casel.org/
- Coras, P., & Araújo, A. (2011). O Papel da Enfermagem no Tratamento dos Transtornos Alimentares do Tipo Anorexia e Bulimias Nervosas. *Unopar Científica Ciências Biológicas e da Saúde*, 13, 315-324.
<https://journalhealthscience.pgsskroton.com.br/article/download/1081/1036>

- Cordeiro, Q., Oliveira, A., Melzer-Ribeiro, D., & Ribeiro, R. (2010). Prevenção em Saúde Mental. *Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito*, 7(7), 38-53. <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1094/rcd.v7n7p38-53>
- Cunha, D. (2019). *Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na Promoção do Ambiente Terapêutico no Internamento do Adolescente em Sofrimento Mental*. [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Beja]. Repositório do Instituto Politécnico de Beja https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/4904/1/Relato%cc%81rioEstata%cc%81gio_DianaCunha.pdf
- Damásio, A. (2012). *Ao Encontro de Espinosa: As emoções sociais e a neurologia do sentir*. Lisboa: Temas e Debates.
- Denham, S., Wyatt, T., Bassett, H., Echeverria, D., & Knox, S. (2009). Assessing socialemotional development in children from a longitudinal perspective. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(1), 37-52. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.070797>
- Dias, J. (2020). Enfermagem de Saúde Mental na Infância e Adolescência. In C. Sequeira, & F. Sampaio, *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1ª ed., pp. 283-285). Lisboa: Lidel.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional da Saúde Escolar*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em meio escolar*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31861/1/SaudeMental_em_Sau%CC%81de%20Escolar_2019.pdf
- Dochterman, J., & Bulechek, G. (2008) *Classificação das intervenções de enfermagem - NIC* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Duarte, V., Cruz, M., & Oliveira, B. (2015). Comportamentos autolesivos na adolescência e disfunção familiar: relato de caso. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 31(6), 401–405. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v31i6.11625>

- Durlak, J., Weissberg, R., Dymnicki, A., Taylor, R., & Schellinger, K. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A metaanalysis of schoolbased universal interventions. *Child Development, 82*(1), 405-432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Ferrar, S., Stack, D., Dickson, D., & Serbin, L. (2020). Conflict Resolution and Emotional Expression in Mother-Preadolescent Dyads: Longitudinal Associations with Children's Socioemotional Development. *Journal of Youth and Adolescence, 49* (11), 2388–2406. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01312-z>
- Freese, B. (2004). Betty Neuman: Modelo de sistemas. In Tomey, A., Alligood, M. *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (pp. 335-354). Loures: Lusociência.
- Goldschmidt, T., Marques, C., & Xavier, M. (2018, junho). *Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/RRH-Psiquiatria-da-Inf%C3%A2ncia-e-da-Adolesc%C3%A2ncia-Para-CP.pdf>
- Guanaes, C., & Japur, M. (2001). Fatores terapêuticos em um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 23*(3), 134-140. <https://www.scielo.br/j/rbp/a/Gm4y8MJTk7xdTVX4b89GKzj/?format=pdf&lang=pt>
- Hollenstein, T., & Colasante, T. (2020). Socioemotional Development in the Digital Age. *Psychological Inquiry, 31* (3), 250-257. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2020.1820224>
- Jordan, Z., Lockwood, C., Aromataris, E., & Munn, Z. (2016). *The JBI Model of Evidence-based Healthcare: A model reconsidered*. The Joanna Briggs Institute.
- Jorm, A., Barney, L., Christensen, H., Highet, N., Kelly, C., & Kitchener, B. (2006). Research on Mental Health Literacy: What we know and what we Still Need to know Australian & New Zealand. *Journal of Psychiatry, 40* (1), 3-5. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01734.x>
- Kyes, J., & Holfling, C. (1985). *Conceitos Básicos de Enfermagem Psiquiátrica*. (4ª ed.). Rio de Janeiro: Interamericana

- Lei da Proteção de Dados Pessoais, Lei n.º 58/2019, de 08 de agosto. Diário da República n.º 151/2019, Série I de 2019-08-08. <https://data.dre.pt/eli/lei/58/2019/08/08/p/dre>
- Loiola, R., & Andriola, C. (2017). A Arteterapia como Instrumento do Psicólogo na Clínica. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 11 (35), 18-31. <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/708/1038>
- Machorrinho, J. (2017). *Propriedades Psicométricas da versão portuguesa do Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA)*. [Tese de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório Digital de Publicações Científicas: Universidade de Évora. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/21794/1/Mestrado%20-%20Psicomotricidade%20relacional%20-%20Joana%20Isabel%20Palma%20Machorrinho%20-%20Propriedades%20psicom%C3%A9tricas%20da%20vers%C3%A3o%20portuguesa%20do%20Multidimensional%20Assessment%20of%20Interoceptive%20Awareness%20%28MAIA%29.pdf>
- Martin, F. (1990). The relevance of a systemic model for the study and treatment of anorexia nervosa in adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35(6), 496–500. <https://doi.org/10.1177/070674379003500605>
- Martins, F., & Jr, E. (2004). Comorbidity in Eating and Psychological Disorders and its Clinical Implications. *Revista Psiquiatria Clínica*, 31 (4), 161-163. <https://www.scielo.br/j/rpc/a/rYVZTLzzNkzJwdPv5Vg7DzD/?format=pdf>
- Mendes, E. (2022). *As Condições Facilitadoras de Carl Rogers na Promoção da Saúde Mental: um estudo teórico*. São Luís: Universidade Federal Do Maranhão. <https://rosario.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/6187/1/EDILENE LIMAMENDES.pdf>
- Morais, W. (2022). *A Abordagem Psicanalítica na Compreensão e Intervenção na Anorexia Nervosa em Adolescentes*. Sinop: Centro Universitário UNIFASIPE. <http://104.207.146.252:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/545/TCC%20I%20WETILLA%20RAYANY%20PAZ%20DE%20MORAIS%2014-12.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Norman, A., & Tesser, C. (2009). Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(9), 2012-2020.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- O'Brien, P., Kennedy, W., & Ballard, K. (2002). *Enfermagem em Saúde Mental: Uma Integração de Teoria e Prática*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, I Série (N.º 151/2018, de 2018-08-07), 21427–21430. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115932570/details/normal?l=1>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Modelo de Desenvolvimento Profissional. *Estudante*, 1,1-4. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/New letter_estudante_versao_final_rectificadall.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/New%20letter_estudante_versao_final_rectificadall.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem* (1ª ed.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2021, novembro 17). *Mental Health of Adolescents*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health/?gad_source=1&gclid=Cj0KCQiA5-uuBhDzARIsAAa21T_RyB1-9s7XSDeojyq4KC0bVK002Cr-BKyDVkRrM4q8pFkpFd6lsvYaApm2EALw_wcB

- Organização Mundial da Saúde. (2022, junho 17). *Mental Health*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gclid=CjwKCAiAibeuBhAAEiwAiXBoJlftGTjGLu1JiwQktmNWdkWUO7HPxru262KGzlyWw_NE8F_uJD16ZBoCAeUQAvD_BwE
- Organização Pan-Americana da Saúde. (s.d.). *Saúde mental dos adolescentes*. Organização Pan-Americana da Saúde: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência
- Pipolo, A. (2017). *As Expectativas dos Pacientes na Psicoterapia: Uma Revisão da Literatura*. [Tese de Mestrado, Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida]. Repositório Institucional ISPA. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6267/1/23558-OA.pdf>
- Pyne, J., Kuc, E., Schroeder, P., Fortney, J., Edlund M., & Sullivan, G. (2004). Relationship between perceived stigma and depression severity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192 (4). 278-283. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000120886.39886.a3>
- Querido, A., Tomás, C., Laranjeira, C., Carvalho, D., & Valentim, O. (2020). *Evidências Em Saúde Mental: Da Conceção À Ação* (1ª ed.). Leiria: Politécnico de Leiria.
- Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). *Diário da República*, N.º 26, Série II de 6-02-2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 515/2018: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. (2018). *Diário da República*, N.º 151, Série II de 7-08-2018. <https://files.dre.pt/2s/2018/08/151000000/2142721430.pdf>
- Regulamento n.º 705/2021: Regulamento dos Cursos de Mestrado em Enfermagem. (2021). *Diário da República*, N.º 144, Série II de 27-07-2021. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/07/144000000/0012200129.pdf>
- Ribeiro, M. (2010). *O setting como fator terapêutico na prática clínica: Construção e validação de um instrumento de avaliação do manejo do setting*. [Tese de

- Doutoramento, Universidade do Porto].
https://sigarra.up.pt/icbas/en/pub_geral.show_file?pi_doc_id=24506
- Ribeiro, O., Martins, M., & Tronchinn, D. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (10), 125-133.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33317/1/artigo%20afiliado-mm23.pdf>
- Rochmawatia, D., Hudab, A., Kuncoroc, J., & Setyowatia, W. (2021). Family psychoeducation (FPE) therapy for family anxiety in caring for family members with mental disorders. *Enfermeria Clinica*, 31, 165–169.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.12.015>
- Roth, G. (2023). (2023, outubro 21). *What are the 5rhythms*. 5rhythms.
<https://www.5rhythms.com/gabrielle-roths-5rhythms/what-are-the-5rhythms/>
- Sampaio, F., Martins, A., Marques, J., Barreto, M., Seabra, P., & Lopes, S. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem*. Lisboa: Papa-Letras.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencao psicoterapeutica_ok.pdf
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Canut, T. (2016). Intervenções psicoterapêuticas de enfermagem NIC na prática clínica em Portugal: Um estudo descritivo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 16, 11-18.
<http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0152>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Canut, T. (2018). Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem: Princípios Orientadores para a Implementação na Prática Clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19, 77-84.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34631/1/artigo%20afiliado%20Csequeira-15.pdf>
- Santos, M. (2013). *Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes*. Lisboa: Sílabo.
- Santos, M., Silva, T., Spadari, G., & Nakano, T. (2018). Competências Socioemocionais: Análise da Produção Científica Nacional e Internacional.

Revista Interinstitucional de Psicologia, 11(1), 4-10.
<http://dx.doi.org/10.36298/gerais2019110102>

- Santos, T., Tomé, G., Gómez-Baya, D., Guedes, F., Cerqueira, A., Borges, A., & Matos, M. (2019). O Bem-estar e a Saúde Mental dos Adolescentes Portugueses. *Revista De Psicologia Da Criança E Do Adolescente*, 10, 17-27. <https://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/2626>
- Sgarbi, M., Sgarbi, M., Ourofino, E., Fonte, A., & Siqueira, E. (2023). Uma análise dos transtornos alimentares: anorexia nervosa e bulimia. *Revista Eletrônica de Acervo Médico*, 23(2), 1-6. <https://acervomais.com.br/index.php/medico/article/view/12172/7173>
- Silva, A., Pimentel, C., Souza, E., & Gandelha, P. (2018). Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária da Saúde para a Prevenção do Aborto na Adolescência. *Simpósio de Trabalhos Científicos e Tecnológicos do Amazonas*, 1-2. <https://portal.estacio.br/media/4682670/rb009.pdf>
- Silva, M., & Elsen, I. (2003). Resiliência: Concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 13(26), 263-272. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2003000300009>
- Silva, J., Matsukura, T., Ferigato, S., & Cid, M. (2019). Adolescence and mental health from the perspective of Primary Healthcare professionals. *Interface*, 23, 1-14. <https://www.scielo.br/j/icse/a/7L8GXG5ZSftXW54zWWXVmqc/?format=pdf&lang=pt>
- Stockings, E., Degenhardt, L., Dobbins, T., Lee, Y., Erskine, H., Whiteford, H., & Patton, G. (2016). Preventing depression and anxiety in young people: a review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychological Medicine*, 46(1), 11-26. <https://doi.org/10.1017/s0033291715001725>
- Tapia, F., Castro, W., Poblete, C., & Soza, C. (2015). Estigma para transtornos mentais: características e intervenções. *Saúde mental*, 38(1), 53-58. <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n1/v38n1a8.pdf>
- Taylor, C. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas

- Thiengo, D., Cavalcante, M., & Lovisi, G. (2014). Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 63, 360-372. <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/L3j6bTTtvSK4W9Npd7KQJNB/?format=pdf&lang=pt>
- Troop-Gordon, W., & Unhjem, L. (2018). Is preventing peer victimization sufficient? The role of prosocial peer group treatment in children's socioemotional development. *Social Development*, 27(3), 619–635. <https://doi.org/10.1111/sode.12283>
- Trzepacz, P., & Baker, R. (2002). *Exame Psiquiátrico do Estado Mental* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Vicente, J., Higarashi, I., & Furtado, M. (2015). Transtorno mental na infância: configurações familiares e suas relações sociais, *Escola Anna Nery*, 19(1), 107-114. <https://www.scielo.br/j/ean/a/MYL39MFZzmv9PnHyGyNKtyP/?format=pdf&lang=pt>
- Vieira, F., & Martins, C. (2019). Intervenção Psicológica em Grupos: Os Grupos de Ensino e os Grupos Pós-Cirurgia no Hospital da Prelada. *Cadernos de Saúde*, 4, 75-77. <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/3041/2940>
- Wilhelm, M., & Luz, H. (2015). *O Enfermeiro no Grupo de Apoio em Saúde Mental: uma Reflexão Teórica*. Brasil: Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí. <http://www.ensinosuperior.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Maira-Wilhelm.pdf>
- Wright, L., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias*. São Paulo: Roca.
- Yalom, I., & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (5ª ed.). New York: Basic Books.

Apêndices

Apêndice I – Autorretrato

Apêndice I – Autorretrato

Designação da atividade	Autorretrato
Explicitação da abordagem terapêutica	<p>*Relativamente à intervenção, serão utilizados os mediadores expressivos e artísticos. A utilização destes mediadores surge após uma revisão da literatura. Sabe-se que a arte pode ser vista como um dos métodos, que proporciona a ligação do objeto com a pessoa, através de várias formas de expressão que ajudam a compreender outras particularidades que estão ocultas no comportamento. É uma técnica que pode ser utilizada na área da saúde mental, por diversos profissionais de saúde, em diferentes contextos clínicos. As técnicas utilizadas tendem a expressar elementos terapêuticos e a promover o desenvolvimento pessoal (Loiola & Andriola, 2017). Estes mediadores são vistos como facilitadores da comunicação/expressão emocional e potenciadores de reorganização dos objetos internos/autoconhecimento (Carvalho et al., 2013).</p> <p>*Na infância e adolescência, estas técnicas possuem diversas vantagens, tais como: envolvimento nas atividades e diversos benefícios relativos à corporalidade no “fazer” artístico, que se traduz na motivação quando existe reforço positivo com o resultado, desbloqueio de conflitos afetivos, desenvolvimento de competências, entre outros. Carvalho et al. (2013) ainda aponta que as crianças e jovens potenciam a noção de si mesmo e dos outros, expressão de sentimentos, interiorização de regras e autoconhecimento.</p> <p>*O desenho é visto, para a criança e jovem, como um jogo, um modo de comunicar, expressar sentimentos e resolver conflitos (Carvalho et al., 2013).</p>
Descrição sumária da atividade	<p>*Solicita-se que cada jovem faça o seu autorretrato, através dos mediadores expressivos desenho e pintura;</p> <p>*Cada jovem deve referir em grupo os seus pontos fortes;</p>

	<p>*É promovida a partilha sobre o que os outros jovens observam uns nos outros com a finalidade de cada participante refletir sobre “Como é que eu me vejo? Como é que os outros me veem?”.</p> <p>*Pedir que cada jovem partilhe a importância que a sessão teve em si.</p>
Objetivo(s) terapêutico(s)	<p>*Promover o autoconhecimento;</p> <p>*Promover a interação positiva entre os vários elementos do grupo;</p> <p>*Promover a autoestima;</p> <p>*Promover empatia pelo outro;</p> <p>*Promover a consciência social.</p>
Critérios de inclusão	<p>*Jovens em regime de internamento.</p>
Critérios de exclusão	<p>*Apresentar critérios clínicos para integrar nas atividades (evitar situação de crise, atividade delirante/alucinatória);</p> <p>*Estarem ausentes do serviço (por realização de exames, frequência na escola, entre outras razões).</p>
Recursos necessários	<p>*Folhas, canetas de feltro, lápis de cor, lápis de grafite, música e coluna.</p>
Avaliação	<p>*Participaram 9 jovens: 2 rapazes e 7 raparigas com idades compreendidas entre 11-17anos.</p> <p>*Motivos de internamento: Tentativa de suicídio, Perturbação do Comportamento Alimentar, Alteração do humor e Surto psicótico.</p> <p>*Grupo pouco participativo. Maioria apresentou dificuldade em identificar características fortes suas, mas com maior facilidade em identificar as qualidades nos outros. Alguns jovens não quiseram mostrar o desenho ao grupo.</p> <p>Alguns registos feitos sobre os participantes:</p>

- “Cliente participou na atividade terapêutica (autorretrato). Postura colaborante e participativa. Explicou o seu desenho ao grupo: desenho predominantemente realizado com lápis de carvão e com lápis de cor. Pintou apenas o cabelo, membro inferior direito e acessórios que utiliza no exterior, tais como os brincos e colar. Quando pedido para identificar uma qualidade sua, a mesma partilha que é "persistente". O grupo referiu outras qualidades da jovem, sendo as seguintes: "bondosa", "carinhosa", "simpática", "atenciosa", "meiga", "divertida", "extrovertida", entre outras. Atribuiu de forma ativa qualidades aos outros colegas do grupo, mostrando-se empática e atenta em relação aos outros elementos. Na fase final da atividade, partilhou com o grupo que a atividade foi importante, porque existem pessoas que não reconhecem as suas qualidades, contudo não acredita nas qualidades que o grupo lhe caracterizou e tem dificuldade em identificar as suas próprias qualidades”.

- “Cliente participou na atividade terapêutica (autorretrato). Postura colaborante, porém, pouco participativa. Mostrou o seu desenho, mas não quis explicar o seu desenho ao grupo: desenho predominantemente realizado com lápis de carvão, tendo colorido apenas os olhos e os lábios. Destaca-se a proeminência dos ossos (clavícula) no autorretrato. Quando pedido para identificar uma qualidade sua, a mesma não quer falar. O grupo referiu como qualidades da jovem as seguintes: "bondosa", "engraçada", "especial", "engraçada", "amiga", "estilosa", "companheira", "persistente", entre outras, que recusa escrever/apontar na folha; mas que aceita que a enfermeira escreva. Atribuiu de forma ativa qualidades aos outros colegas do grupo, mostrando-se empática e atenta em relação aos outros elementos do grupo. Na fase final da atividade, partilhou com o grupo que não acredita nas qualidades que o grupo lhe devolveu e tem dificuldade em identificar as suas próprias qualidades”.

- “Cliente participou na atividade terapêutica (autorretrato). Postura colaborante, porém, pouco participativa. Não quis mostrar nem explicar o seu desenho ao grupo: desenho realizado apenas com lápis de carvão, realizando maior destaque à orelha direita em que está em maiores dimensões em relação aos outros elementos do desenho. Quando

	<p>pedido para a identificar uma qualidade sua, o mesmo partilha aspetos físicos e egocentrados ("uso o cabelo que quero, as unhas que eu quero" sic), tendo dificuldade em identificar características da sua personalidade. O grupo referiu como qualidades do jovem as seguintes: "criativo", "amigo", "engraçado", "divertido", "inteligente", "corajoso" e "forte". Não quis atribuir qualidades aos outros colegas do grupo, mostrando uma postura algo indiferenciada em relação aos outros elementos do grupo”.</p>
<p>Referências Bibliográficas</p>	<p>Carvalho, R., Selas, C., Capinha, C., Martins, D., Costa, G., Guerrinha, M., Mascarenhas, N, Brito, R. & Vaz, T. (2013). <i>Arte Viva. Revista Portuguesa de Arte-terapia</i>, 3, 1-71. https://arte-terapia.com/wp-content/uploads/2013/09/REVISTA-ARTE-VIVA-3_ok-1.pdf</p> <p>Loiola, R., & Andriola, C. (2017). A Arteterapia como Instrumento do Psicólogo na Clínica. <i>Revista Multidisciplinar e de Psicologia</i>, 11 (35), 18-31. https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/708/1038</p>

Apêndice II – Roda das Emoções

Apêndice II – Roda das Emoções

Designação da atividade	Balanço da Semana – “Roda Das Emoções”
Explicação da abordagem terapêutica	<p>*A atividade terapêutica “Balanço da Semana” é implementada já no serviço todas as sextas-feiras após o almoço. Esta atividade consiste numa reunião comunitária com o grupo, em que lhes é pedido o feedback sobre os aspetos positivos e negativos da semana e partilham os objetivos a concretizar na próxima semana.</p> <p>*Neste contexto, foi inserida a minha atividade sobre a “Roda das Emoções” previamente planeada, dando continuidade à observação do filme “Divertidamente”. A “Roda das Emoções” é vista como um mediador.</p>
Descrição sumária da atividade	<p>*Antes da sessão, alguns dos jovens visualizaram o filme da Disney e Pixar “Divertidamente”;</p> <p>*Solicita-se que cada jovem partilhe os aspetos positivos/negativos e que relacione com os sentimentos e emoções vivenciadas, utilizando como mediador a roda das emoções;</p> <p>*Cada jovem tem de identificar qual a emoção e partilhar uma experiência da qual vivenciou a emoção identificada;</p> <p>*Discutir os objetivos traçados para a próxima semana;</p> <p>*Com o intuito de avaliar a sessão, são distribuídos panfletos para cada jovem escrever ou desenhar uma memória da semana em que vivência cada uma das emoções básicas.</p>
Objetivo(s) terapêutico(s)	<ul style="list-style-type: none"> *Identificar e compreender cada emoção, *Promover a partilha de vivências no grupo, *Promover a consciência social e relacional, *Promover as competências socioemocionais, *Promover a reflexão sobre a temática do filme.

Critérios de inclusão	*Jovens em regime de internamento.
Critérios de exclusão	*Apresentar critérios clínicos para integrar nas atividades (evitar situação de crise, atividade delirante/alucinatória); *Estarem ausentes do serviço (por realização de exames, frequência na escola, entre outras razões).
Recursos necessários	*Roda das Emoções, Lápis e panfletos.
Avaliação	<p>*Participaram 9 jovens: 3 rapazes e 6 raparigas com idades compreendidas entre 12-17anos.</p> <p>*Motivos de internamento: Tentativa de suicídio, Perturbação do Comportamento Alimentar, Alteração do Humor e Surto psicótico.</p> <p>*Grupo, de uma forma geral, participativo na discussão, em que foram abordados a identificação e reflexão sobre os aspetos positivos e negativos da semana, identificaram as emoções que vivenciaram de forma predominante, discutiram em grupo quais as estratégias adotadas e se deveria haver reformulação na semana seguinte. A maioria do grupo apreciou a forma de avaliar a sessão através da escrita.</p> <p>*Alguns registos feitos de alguns participantes:</p> <p>“Cliente participou na atividade terapêutica "Balanço da Semana, em que foi utilizado como mediador a Roda das Emoções. Postura pouco colaborante mesmo quando incentivada a participar. Durante a discussão em grupo, a jovem não quis falar. Após a discussão, foi entregue um papel em que cada jovem teria de escrever ou desenhar algum momento desta semana em que se sentiu feliz, triste, repulsa, raiva ou medo. Jovem escreveu que se sentiu feliz "Quando estou sozinha e a ler / Quando vi a minha avó na visita depois de quase dois meses sem a ver", sentiu-se triste "Quando penso na pessoa que sou, na minha vida / Quando me lembro de pessoas que me comparo / Nas refeições", sentiu repulsa "Quando tomo banho e me</p>

olho ao espelho", sentiu raiva "Quando se esquecem de mim, são irônicos ou sarcásticos e desprezam os meus sentimentos" e sentiu medo "Antes da pesagem / Com o grupo". Escreveu como objetivos da próxima semana: "Ser levada mais a sério; Poder sentir-me melhor tanto física como psicologicamente; Aproveitar as visitas; Falar com a minha pediatra; Estar mais tempo sozinha; Conseguir fazer as refeições em grupo".

"Cliente participou na atividade terapêutica "Balanço da Semana", em que foi utilizado como mediador a Roda das Emoções. Postura colaborante, porem reservada. Durante a discussão em grupo, a jovem expõe que as emoções mais predominantes durante esta semana foram a raiva e a tristeza. Tem como objetivo para a próxima semana poder sair ao exterior do serviço. Após a discussão, foi entregue um papel em que cada jovem teria de escrever ou desenhar algum momento desta semana em que se sentiu feliz, triste, repulsa, raiva ou medo. Jovem escreveu que se sentiu feliz "de saber que posso sair ao fim-de-semana", sentiu-se triste "de ter sempre aquele pensamento", sentiu repulsa "de ter sempre aquele pensamento", sentiu raiva "de um pensamento que não quero falar e sentiu medo "de não conseguir sair ao fim-de-semana com a minha família". Escreveu como objetivos da próxima semana: "Quero poder melhorar e poder sair à rua com a minha família".

Apêndice III – Puzzle Social

Apêndice III – Puzzle Social

Designação da atividade	Puzzle Social
Explicitação da abordagem terapêutica	<p>* O desenho é visto, para a criança e jovem, como um jogo, um modo de comunicar, expressar sentimentos e resolver conflitos. Decobert et al. (2004), citados por Carvalho et al. (2013), referem que o desenho é uma estratégia em que esta população em específico representa o seu processo psíquico que atualmente vivencia. Por meio do desenho, pode-se identificar se o jovem está em mal-estar, angústia, postura defensiva, apelo de ajuda ou resistência ao processo. Desta forma, é possível constatar que os mediadores expressivos, tais como o desenho e a pintura, são ferramentas importantes na intervenção psicoterapêutica com o jovem, no sentido de promover as competências socioemocionais.</p> <p>*Nesta sessão, o mediador utilizado é predominantemente o desenho.</p>
Descrição sumária da atividade	<p>*No papel de cenário, os jovens são convidados a dividir o espaço em peças de puzzle em que cada peça pertence a cada jovem presente na sessão.</p> <p>*Terão de preencher o local com aspetos pessoais de formato livre (pela escrita, desenho...);</p> <p>*Posteriormente, o grupo irá decidir se será para recortar ou manter o puzzle unido;</p> <p>*No final, será discutido em grupo como vivenciaram a realização dos limites e da construção da sua peça;</p> <p>*Avaliar a sessão através da partilha de comentários dos jovens.</p>
Objetivo(s) terapêutico(s)	<p>*Trabalhar em equipa;</p> <p>*Promover autoestima;</p>

		<p>*Promover a adaptabilidade;</p> <p>*Promover a partilha de vivências no grupo;</p> <p>*Promover competências de resolução de conflitos e adaptabilidade;</p> <p>*Promover as competências socioemocionais.</p>
Critérios de inclusão		*Jovens em regime de internamento.
Critérios de exclusão		<p>*Apresentar critérios clínicos para integrar nas atividades (evitar situação de crise, atividade delirante/alucinatória);</p> <p>*Estarem ausentes do serviço (por realização de exames, frequência na escola, entre outras razões).</p>
Recursos necessários		*Papel de cenário, canetas de feltro, tintas de guache, pincéis, lápis.
Avaliação		<p>*Participaram 12 jovens: 4 rapazes e 8 raparigas com idades compreendidas entre 11-17anos.</p> <p>*Motivos de internamento: Tentativa de suicídio, Perturbação do Comportamento Alimentar, Alteração do Humor e Surto psicótico.</p> <p>*Grupo, inicialmente, apresentou dificuldade em começar a realizar a sua peça. Alguns jovens tiveram dificuldade em partilhar o mesmo limite da peça de puzzle do colega do lado. Foi promovida a comunicação entre os vários jovens de forma a conseguir realizar o puzzle conjuntamente.</p> <p>**Alguns registos feitos de alguns participantes:</p> <p>“Cliente participou na atividade terapêutica "Puzzle Social", em que consistia na realização de um puzzle no papel cenário, em que o jovem tinha de realizar a sua própria peça, tendo em conta as peças dos restantes jovens que participaram. Postura colaborante e participativa. Por ter dificuldade em delinear os limites da sua peça, pedindo ajuda para criar a sua peça. Na fase reflexiva, refere que "a minha peça está com o delineado mal feito, porque toquei no</p>

	<p>braço da colega do lado e isso fez-me tremer das mãos" (sic). Ao longo da apresentação das peças de todos os jovens, a jovem partilhava com os mesmos comentários positivos sobre as peças".</p> <p>"Postura colaborante e participativa. Foi a primeira a realizar a sua peça, pelo que o restante grupo começou a atividade após a jovem ter dado início. Durante a realização da peça, demonstrou alguma preocupação com os jovens à sua volta que estavam a ter dificuldade em fazer a sua peça, tendo ajudado os mesmos. Na fase reflexiva, disse "gostei de desenhar a peça, podia estar melhor, mas com a falta de visão o risco ficou tremido"</p> <p>"Postura colaborante e participativa. Durante a realização da peça, demonstrou alguma preocupação no alinhamento das linhas, juntamente com o jovem do lado... Na fase reflexiva, disse "até foi fácil fazer a minha peça"</p>
<p>Referências Bibliográficas</p>	<p>Carvalho, R., Selas, C., Capinha, C., Martins, D., Costa, G., Guerrinha, M., Mascarenhas, N., Brito, R. & Vaz, T. (2013). <i>Arte Viva. Revista Portuguesa de Arte-terapia</i>, 3, 1-71. https://arte-terapia.com/wp-content/uploads/2013/09/REVISTA-ARTE-VIVA-3_ok-1.pdf</p>

Apêndice IV – Gestão de Conflitos

Apêndice IV – Gestão de Conflitos

Designação da atividade	Dança e Movimento – Gestão de Conflitos			
Explicitação da abordagem terapêutica	<p>* A “Dança e Movimento” é pensada a partir da teoria dos “5 Ritmos” (“<i>The 5Rhythms</i>”), visto que integra as 5 etapas da dança: <i>Flowing</i>, <i>Staccato</i>, <i>Chaos</i>, <i>Lyrical</i> e <i>Stillness</i> (Roth, 2023). A primeira etapa da atividade – <i>Flowing</i> – consiste na etapa em que predomina a arte da fluidez do corpo, em que é realizada a introdução breve ao tema. Posteriormente, segue-se a próxima etapa, <i>Staccato</i>, onde se coloca em prática um movimento mais concreto, estabelecendo uma ligação com o mundo exterior. É nesta fase que se realizam dinâmicas mais estruturadas. <i>Chaos</i> é a terceira fase e descreve-se pela liberdade do corpo caracterizado por movimentos menos certos, mas mais rápidos. Seguidamente, <i>Lyrical</i> é a quarta fase da dança em que o movimento é caracterizado pela leveza, mas também pelo empoderamento e pela consciência de nós próprios. A última fase, <i>Stillness</i>, defende a ideia de que estar parado e não fazer nada são perspetivas diferentes. Remete para a fase final, encarando um momento de reflexão e relaxamento (Roth, 2023).</p> <p>*O tema abordado pertence ao desenvolvimento de competências socioemocionais: A Gestão de Conflitos, que será trabalhada nesta sessão através da dança e do movimento.</p>			
Descrição sumária da atividade	FASE	EXERCÍCIO	CONDUÇÃO VERBAL	MÚSICA
	Introdução	- Partilha inicial para apresentação da atividade e grupo, esclarecimento de		

		dúvidas e regras da atividade.		
	Flowing (Aquecimento)	<ul style="list-style-type: none"> - Caminhar na sala - Tomar consciência do aqui e agora - Tomar consciência do corpo e da respiração - Preparar lentamente o corpo para dançar 	<p>- “Vamos começar por caminhar pela sala, livremente.</p> <p>Vamos espreguiçar, esticar os braços, rodar os ombros, esticar a mãos, saltar, rodar a anca, rodar o pescoço, acordar para este novo ano que está a começar... e vamos preparar o corpo para o movimento.</p> <p>O tema que vos trago é sobre os Conflitos. O que é isto de conflitos? Estou a vivenciar por algum conflito neste momento? Existem dois tipos de conflitos: internos e externos.</p>	<p>Ed Sheeran – “Barcelona” 3:11</p> <p>George Ezra – “Green Green Grass” 2:48</p>
	Stacatto		Em certos momentos da nossa vida, surgem situações às quais temos de arranjar uma solução para as mesmas.	Vance Joy - “Riptide” 3:22

		<ul style="list-style-type: none"> - Fazer a introdução do tema sobre os Conflitos; - Promover a reflexão de como gerem os conflitos de forma eficaz; - Pedir para cada um de forma livre dançar o que é para si um conflito. Se estiver a vivenciar um conflito interno – dança sozinho. Se estiver a vivenciar um conflito externo, pede a alguém do grupo para essa pessoa simbolizar uma pessoa exterior ao internamento com que está a vivenciar ou vivenciou um conflito. Que 	<p>Os conflitos ocorrem quando há a necessidade de escolher entre algumas situações que podem ser à partida incompatíveis.</p> <p>Os conflitos fazem parte da natureza do ser humano.</p> <p>Podem estar relacionados com a personalidade, interesses ou valores, que também podem estar em confronto.</p> <p>Perante um conflito, temos de agir ou tomar uma decisão... E nem sempre é fácil!</p> <p>Apesar de termos um “mapa”, sentimo-nos perdidos e sei sem</p>	<p>Maroon 5 – “Maps” 3:10</p>	
--	--	--	--	--	--

		<p>emoções vivencia quando está perante um conflito?</p> <p>- Introduzir os lençóis (amarrando e encurralando isoladamente um jovem ou vários jovens) e associar esta ideia à música “Maps” – a gestão de conflitos pode ser um caminho em que fazemos por nossa decisão, podemos ser influenciados por outros...</p>	<p>saber que caminho devemos percorrer.</p>		
	<p>Chaos</p>	<p>- Acelerar o passo / Correr desordenadamente.</p> <p>- Terapeutas fazem força contrária aos participantes</p>	<p>E quando não sabemos o que fazer? E quando não conseguimos ter respostas para as nossas perguntas? Soluções para os nossos problemas?</p>	<p>Imagine Dragons - “Natural” 3:10</p>	

		<p>(ex.: puxar os ombros para baixo)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tornar o ambiente mais confuso com os lençóis (criar movimento com os mesmos). - Utilizar vários lençóis amarrados uns nos outros. Incentivar o grupo a dividir-se em dois subgrupos. Cada subgrupo puxa de lados opostos, em sentidos contrários (promover a ideia confronto). - Organizar o grupo numa roda e ficarem todos emaranhados, mantendo os lençóis amarrados uns 	<p>Os Conflitos podem estar apenas dentro da nossa cabeça ou com os outros à nossa volta...</p> <p>Parecem-se como um peso, algo difícil de encontrar uma resolução.</p> <p>Sentimo-nos perdidos e sem saber que caminho escolher.</p>	<p>Imagine Dragons - "Whatever it Takes" 3:21</p>	
--	--	---	--	---	--

		<p>nos outros. O terapeuta ou co-terapeuta tentam retirá-los e colocá-los na roda inicial (Dinâmica do jogo “Sr. Doutor, tenho uma dor”).</p>		
	<p>Lyrical</p>	<p>- Manter o grupo em roda e pedir para irem ao centro dançar a resolução de um conflito;</p> <p>- Realizar uma roda de embalo.</p>	<p>Como resolvemos o problema?</p> <p>Sozinhos? Em grupo?</p> <p>Mudámos a nossa postura?</p> <p>Mudámos a nossa perspectiva?</p> <p>Mantivemos a nossa postura perante o problema?</p> <p>De que forma comunicamos com o outro? Conosco mesmos? De que forma estar em conflito é importante?</p> <p>Quando tudo nos parece mais claro, quando já conseguimos</p>	<p>Imagine Dragons – “Next to me” 3:50</p> <p>Pedro Abrunhosa e Sara Carreira – “Que o Amor te Salve Nesta Noite Escura” 3:37</p>

			<p>lidar com o problema ou até quando já o solucionamos, uma calma e uma paz instala-se em nós.</p> <p>Os conflitos podem ter um caráter positivo. Podemos pedir ajuda a alguém, por exemplo, um técnico.”.</p>	
	Stillness	- Relaxamento (utilização de pincéis/lençóis)		<p>Ludovico Einaudi - “Una Mattina” 3:24</p> <p>Ludovico Einaudi - “I Giorni” 5:59</p>
	Despertar	<p>- Momento de reflexão sobre possíveis estratégias para gerir os conflitos (internos e externos).</p> <p>- Partilha de sentimentos.</p>		<p>John Mayer – “Half of my Heart” 4:10</p>

Objetivo(s) terapêutico(s)	<ul style="list-style-type: none"> *Promover a expressão de sentimentos e emoções através do movimento; *Permitir a vivência do presente, o aqui e agora; *Estimular a interação e coesão do grupo; *Promover a espontaneidade; *Diminuir a ansiedade e tensão muscular; *Promover a reflexão sobre o tema "conflitos"; *Promover a tomada de decisão responsável; *Promover estratégias adequadas gerir os conflitos.
Critérios de inclusão	*Jovens em regime de internamento.
Critérios de exclusão	<ul style="list-style-type: none"> *Apresentar critérios clínicos para integrar nas atividades (evitar situação de crise, atividade delirante/alucinatória); *Estarem ausentes do serviço (por realização de exames, frequência na escola, entre outras razões).
Recursos necessários	*Telemóvel; Coluna; Playlist; Lençóis; Pincéis.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> *Participaram 8 jovens: 1 rapaz e 7 raparigas com idades compreendidas entre 12-15anos. *Motivos de internamento: Tentativa de suicídio, Perturbação do Comportamento Alimentar, Alteração do Humor, Perturbação Obsessiva-Compulsiva e Surto psicótico. *Grupo participativo e colaborante. Envolveram-se em todas as dinâmicas, demonstrando proatividade e coesão grupal. *Alguns registos feitos de alguns participantes: "Participou na atividade de "Dança e Movimento", em que foi trabalhado o tema "Gestão de Conflitos". Inicialmente, a jovem não queria participar, referindo "não quero fazer nada" (sic). Após intervenção da enfermeira/co-terapeuta, a jovem

	<p>permaneceu na atividade. Durante o desenrolar da sessão, esteve participativa e envolvida na mesma. A enfermeira incentivou a Jovem a ir ao centro da roda com a mesma para dançarem o conflito, aparentando estar desconfortável. No momento de partilha, a jovem referiu "foi bom " (sic).</p> <p>“A jovem demonstrou-se e envolvida na atividade. Postura menos reservada. Quando foi pedido ao grupo para ir ao centro na roda dançar a resolução do conflito, a jovem chamou outra colega do grupo e deu um abraço. No momento de partilha, a jovem referiu “inicialmente, senti-me triste, mas com a atividade fiquei mais feliz” (sic).</p> <p>“Mais participativa e envolvida na sessão, relacionando com sessões anteriores em que tinha dificuldade em realizar as dinâmicas pedidas. Quando foi pedido ao grupo para ir ao centro na roda dançar a resolução do conflito, a jovem chamou outra colega do grupo e cumprimentou através com um aperto de mão. No momento de partilha, a jovem referiu "gostei muito e a minha parte preferida foi o relaxamento" (sic).”</p>
Referências Bibliográficas	Roth, G. (2023). (2023, outubro 21). <i>What are the 5rhythms</i> . 5rhythms. https://www.5rhythms.com/gabrielle-roths-5rhythms/what-are-the-5rhythms/

Apêndice V – Resiliência

Apêndice V - Resiliência

Designação da atividade	Dança e Movimento – Resiliência			
Explicação da abordagem terapêutica	<p>* A “Dança e Movimento” é pensada na teoria dos “5 Ritmos” (“<i>The 5Rhythms</i>”), visto que integra as 5 etapas da dança: <i>Flowing, Staccato, Chaos, Lyrical e Stillness</i> (Roth, 2023).</p> <p>* A “Dança e Movimento” é pensada a partir da teoria dos “5 Ritmos” (“<i>The 5Rhythms</i>”), visto que integra as 5 etapas da dança: <i>Flowing, Staccato, Chaos, Lyrical e Stillness</i> (Roth, 2023). A primeira etapa da atividade – <i>Flowing</i> – consiste na etapa em que predomina a arte da fluidez do corpo, em que é realizada a introdução breve ao tema. Posteriormente, segue-se a próxima etapa, <i>Staccato</i>, onde se coloca em prática um movimento mais concreto, estabelecendo uma ligação com o mundo exterior. É nesta fase que se realizam dinâmicas mais estruturadas. <i>Chaos</i> é a terceira fase e descreve-se pela liberdade do corpo caracterizado por movimentos menos certos, mas mais rápidos. Seguidamente, <i>Lyrical</i> é a quarta fase da dança em que o movimento é caracterizado pela leveza, mas também pelo empoderamento e pela consciência de nós próprios. A última fase, <i>Stillness</i>, defende a ideia de que estar parado e não fazer nada são perspetivas diferentes. Remete para a fase final, encarando um momento de reflexão e relaxamento (Roth, 2023).</p> <p>*O tema abordado pertence ao desenvolvimento de competências socioemocionais: a Resiliência, que será trabalhada nesta sessão através da dança e do movimento.</p>			
Descrição sumária da atividade	FASE	EXERCÍCIO	CONDUÇÃO VERBAL	MÚSICA

	<p>Introdução</p>	<p>Partilha inicial para apresentação da atividade e grupo, esclarecimento de dúvidas e regras da atividade.</p>			
	<p>Flowing (Aquecimento)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Caminhar na sala - Tomar consciência do aqui e agora - Tomar consciência do corpo e da respiração - Preparar lentamente o corpo para dançar 	<p>- “Vamos começar por caminhar pela sala, livremente. Vamos espreguiçar, esticar os braços, rodar os ombros, esticar a mãos, saltar, rodar a anca, rodar o pescoço, acordar para este novo ano que está a começar... e vamos preparar o corpo para o movimento.”</p>	<p>Camila Cabello ft. Ed Sheeran – Bam Bam 3:36</p>	
	<p>Stacatto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Introduzir e desenvolver o tema “resiliência”. - Pedir para cada um dançar livremente o que entende por 	<p>O tema que vos trago para refletir é sobre a resiliência. O que é isto de resiliência? Qual é a importância que a</p>	<p>Rascal Flatts – Life is a Highway 4:36</p>	

		<p>resiliência e as emoções que vivencia com a mudança;</p> <p>- Solicitar para cada um expandir o seu corpo o máximo que puder... até onde é o seu limite? Relacionar com a resiliência.</p> <p>- Pedir a cada jovem que dance uma árvore... e fazer a analogia com o tema.</p>	<p>resiliência assume no nosso dia-a-dia?</p> <p>Resiliência é a capacidade que nós temos em resposta às dificuldades que surgem. É a capacidade de nos adaptarmos a novas situações. A resiliência é a resposta para os desafios que a estrada da vida nos coloca...</p> <p>Na física, a resiliência é a propriedade que alguns corpos apresentam, de retornar à forma original após terem sido submetidos a uma deformação elástica.</p>	<p>Coldplay – Adventure of Lifetime 4:24</p>	
--	--	--	---	--	--

			<p>Será que nós também conseguimos tornar-nos elásticos? Até que ponto? Vamos expandir o nosso corpo... os nossos braços, as nossas pernas... Até onde o nosso corpo chega? Será que tem limites?</p> <p>A resiliência, quando é transportada para um significado do dia-a-dia/saúde mental, tem a ver com esta elasticidade que se fala na física... mas parece-nos que ela também tem um limite... e pode quebrar.</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>As árvores são elementos da natureza que traduzem muito bem o que é isto da resiliência. Têm as raízes bem presas ao solo, mas adaptam-se ao clima. Deixam o vento passar e os ramos das árvores em vez de quebrarem logo... acompanham o movimento... Porém, se vier uma tempestade, com muito vento e muita chuva, estes ramos podem quebrar...</p> <p>Como é que o nosso corpo dança a árvore da resiliência?</p>		
--	--	--	---	--	--

	<p style="text-align: center;">Chaos</p>	<p>- Fazer um túnel com o lençol e promover várias alturas para os participantes passarem (promover a mudança da posição do lençol à aproximação do participante para trabalhar o conceito de resiliência/adaptação);</p> <p>- Fazer uma roda com lençóis atados e relacionar com a resistência.</p> <p>-Fazer uma roda com elásticos e relacionar com a resistência (na quebra – relacionar com a vulnerabilidade).</p>	<p>A resiliência é a forma como nos adaptamos aos imprevistos.</p> <p>Se formos resilientes, conseguimos lidar de uma forma mais positiva ou negativa à nova situação.</p> <p>Se tivermos uma postura mais resistente, conseguimos apenas dar resposta às situações normais do dia-a-dia... e quando nos surge uma situação diferente ou desafiadora, temos dificuldade em responder e podemos quebrar...</p> <p>Por outro lado, assim como nesta roda de</p>	<p>Imagine Dragons – Radioactive 3:07</p> <p>OneRepublic – Love Runs Out 3:45</p>	
--	---	--	---	---	--

			<p>elásticos, podemos ver que a resiliência tem esta “elasticidade”, conseguimos dar resposta a novos desafios...</p> <p>Porém, quando estamos em mudança de uma forma mais permanente e constante no tempo, ou a situação é mesmo avassaladora... existe uma quebra.</p> <p>E... exteriorizamos os nossos sentimentos, mostramos ao outro as nossas vulnerabilidades, ...</p> <p>Ser resiliente não é ser forte o tempo todo!</p>		
--	--	--	--	--	--

	<p style="text-align: center;">Lyrical</p>	<p>- Manter o grupo numa roda e cada um vai ao centro dançar o que é para si a resiliência. Pode convidar alguém do grupo para dançar consigo.</p> <p>- Fazer roda de embalo.</p>	<p>Depois do caos, parece que alguma paz se instala. Depois de exteriorizarmos o que temos vivido cá dentro, o que temos vivido na montanha-russa de momentos mais baixos e outros mais acima e não termos descarrilhado... precisamos e temos espaço para deitar para fora todos esses sentimentos.</p> <p>Não precisamos de ser perfeitos o tempo todo.</p> <p>Não precisamos de fingir que na vida não existem contratempos.</p> <p>Não precisamos de levar estes sentimentos e</p>	<p>OneRepublic – Stop and Stare 3:44</p> <p>Coldplay – Yellow 4:29</p>	
--	---	---	--	--	--

			<p>emoções apenas dentro de nós.</p> <p>Na verdade, não precisamos de ser resilientes sozinhos... esta competência pode ser trabalhada com outras pessoas à nossa volta... a nossa família, os nossos técnicos de referência.</p> <p>E parece que depois de nos termos permitido estar vulneráveis, de termos trabalhado a resiliência, fica tudo mais calmo, tranquilo....</p> <p>Menos resistente...</p> <p>Foi preciso “Parar e Olhar” como a música</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>diz para perceber que a resiliência é essencial, é necessária... Para estarmos bem connosco próprios e com os outros.</p> <p>Na vida, nem sempre temos situações felizes e temos de lidar com os momentos mais difíceis. Ambos necessários!</p> <p>Trabalhar a resiliência e a forma como vivencio novas situações torna-se importante para a minha saúde mental... e para trabalharmos a saúde mental é preciso dançarmos músicas que nunca ouvimos, movermo-nos para sítios</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>nunca vistos... é preciso sair da rotina.</p> <p>O caminho nem sempre é fácil, mas felizmente temos sempre quem nos possa ajudar, neste caso, os técnicos”.</p>	
	Stillness	- Relaxamento (utilização de pincéis)		<p>Yiruma - “River Flows in You” 3:08</p> <p>Ludovico Einaudi - “I Giorni” 5:59</p>
	Despertar	<p>- Momento de reflexão sobre possíveis estratégias adaptativas que podem utilizar na vivência de cada emoção.</p> <p>- Partilha de sentimentos em relação à atividade.</p>		<p>Coldplay – Something Just Like This 4:07</p>

Objetivo(s) terapêutico(s)	<ul style="list-style-type: none"> *Promover a expressão de sentimentos e emoções através do movimento; *Permitir a vivência do presente, o aqui e agora; *Estimular a interação e coesão do grupo; *Promover a espontaneidade; *Diminuir a ansiedade e tensão muscular; *Promover a reflexão sobre o tema “a resiliência”; *Promover estratégias adequadas trabalhar a resiliência.
Critérios de inclusão	*Jovens em regime de internamento.
Critérios de exclusão	<ul style="list-style-type: none"> *Apresentar critérios clínicos para integrar nas atividades (evitar situação de crise, atividade delirante/alucinatória); *Estarem ausentes do serviço (por realização de exames, frequência na escola, entre outras razões).
Recursos necessários	*Telemóvel; Coluna; Playlist; Lençóis; Pincéis, Elásticos.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> *Participaram 6 jovens: 1 rapaz e 5 raparigas com idades compreendidas entre 12-15anos. *Motivos de internamento: Tentativa de suicídio, Perturbação do Comportamento Alimentar. *Grupo participativo e colaborante. Envolveram-se em todas as dinâmicas, demonstrando proatividade e coesão grupal. *Alguns registos feitos de alguns participantes:

	<p>“Participou na atividade 'Dança e Movimento' com a temática 'Resiliência'. Postura reservada e pouco colaborante. Quando questionadas estratégias de coping, referiu como uma das estratégias "magoarmo-nos" (sic). Quando estimulada, interage positivamente com os colegas e com os técnicos. No final da sessão, quando pedido que partilhasse o sentimento referente à sessão referiu "foi divertido, senti-me normal, entre a tristeza e a felicidade" (sic)”</p> <p>“Participou na atividade "Dança e Movimento" com a temática "Resiliência". Com uma postura colaborante e interessada, sempre disponível para a realização dos exercícios pedidos. Expressão facial feliz ao longo da sessão, recorrendo até ao humor quando questionado sobre estratégias de coping. Bastante colaborante na partilha dos seus sentimentos acerca da atividade referindo que a resiliência "era um tema muito importante ser trabalhado" (sic)”.</p> <p>“Participou na atividade "Dança e Movimento" com a temática "Resiliência". Colaborante na atividade, movimentando-se de acordo com as indicações. Com interações positivas com os técnicos ao longo da atividade. No final da sessão, quando questionada sobre os seus sentimentos, mostrou-se recetiva à ideia, referindo "foi divertido, senti-me normal", dado não ter entendido ao certo o que era a resiliência”.</p>
Referências Bibliográficas	Roth, G. (2023). (2023, outubro 21). <i>What are the 5rhythms</i> . 5rhythms. https://www.5rhythms.com/gabrielle-roths-5rhythms/what-are-the-5rhythms/

Apêndice VI – Jogo da Glória

Apêndice VI – Jogo da Glória

Designação da atividade	Jogo da Glória – “Diverte-te com a Mente”
Explicitação da abordagem terapêutica	<p>*Brincar é uma atividade essencial, visto que a criança/jovem manifesta a sua criatividade e personalidade.</p> <p>*As atividades recreativas promovem o relaxamento, facilitam a criança e jovem a se sentir mais segura num ambiente estranho, ajudam a diminuir o stresse causado pela separação das pessoas de referência, fornecem um ambiente favorecido para a expressão de sentimentos, encorajam a interação e o desenvolvimento das relações interpessoais positivas, auxiliam na expressão de ideias e interesses criativos, desenvolvem os objetivos terapêuticos de forma reativa e proporcionam a oportunidade para fazer escolhas (Castro, et al., 2010).</p>
Descrição sumária da atividade	<p>*A presente atividade terá um carácter lúdico-terapêutico em que os jovens vão jogar um jogo da Glória desenvolvido por mim sobre as competências socioemocionais.</p> <p>*O grupo será dividido em equipas e será promovido, além do desenvolvimento das competências emocionais, a interação social, relação interpessoal e a cooperação.</p>
Objetivo(s) terapêutico(s)	<p>*Trabalhar em equipa;</p> <p>*Solucionar problemas em grupo;</p> <p>*Promover a interação social;</p> <p>*Desenvolver relações interpessoais positivas;</p> <p>*Promover a partilha de vivências no grupo;</p>





	*Promover as competências socioemocionais.
Critérios de inclusão	*Jovens em regime de internamento.
Critérios de exclusão	*Apresentar critérios clínicos para integrar nas atividades (evitar situação de crise, atividade delirante/alucinatória); *Estarem ausentes do serviço (por realização de exames, frequência na escola, entre outras razões).
Recursos necessários	*Jogo da Glória, Cartas, Dado, Dado das Emoções, Peões, Folhas brancas e Canetas/Lápis.
Avaliação	<p>*Participaram 11 jovens: 3 rapazes e 8 raparigas com idades compreendidas entre 12-17anos.</p> <p>*Motivos de internamento: Tentativa de suicídio, Perturbação do Comportamento Alimentar, Perturbação do Espectro do Autismo.</p> <p>*Grupo demonstrou-se logo no início entusiasmado com o jogo. Alguns jovens tiveram dificuldade em partilhar algumas ideias que era pedidas nas cartas. Houve interajuda entre os jovens quando os mesmos não conseguiam responder ao que era pedido na carta.</p> <p>**Alguns registos feitos de alguns participantes:</p> <p>“Participou na atividade “Jogo da Glória” sobre as competências socioemocionais. Participativo e envolvido nas dinâmicas que eram desenvolvidas, em contexto de grupo. Apresenta tremores a nível dos membros inferiores e cabeça antes, durante e após falar no contexto de grupo. Interveio de forma ajustada no jogo terapêutico. No momento de partilha, refere “fiquei ansioso, mas foi importantes trabalhar estas competências” (sic).”</p> <p>“Participou na atividade “Jogo da Glória” sobre as competências socioemocionais. Participativo e envolvido nas dinâmicas que eram desenvolvidas em contexto de grupo. Utiliza o humor durante a atividade de forma ajustada. Durante a atividade, é capaz de identificar algumas situações intrapessoais, dizendo “se eu tivesse desenvolvido as</p>

	<p>minhas competências emocionais, eu não estaria aqui” (sic). No momento da partilha, refere “foi divertida! A enfermeira devia de colocar à venda mais exemplos deste jogo de tabuleiro!”.”</p>
Referências Bibliográficas	<p>Castro, D., Andrade, C., Luiz, E., Mendes, M., Barbosa, D., & Santos, L. (2010). Brincar como instrumento terapêutico. <i>Pediatria</i>, 32 (4), 246-254. https://www.researchgate.net/profile/Luiz-Santos-16/publication/280947178_Brincar_como_instrumento_terapeutico/links/55ce1eac08ae118c85bdfac6/Brincar-como-instrumento-terapeutico.pdf</p>

Apêndice VII – Regras Jogo da Glória

Apêndice VII – Regras Jogo da Glória

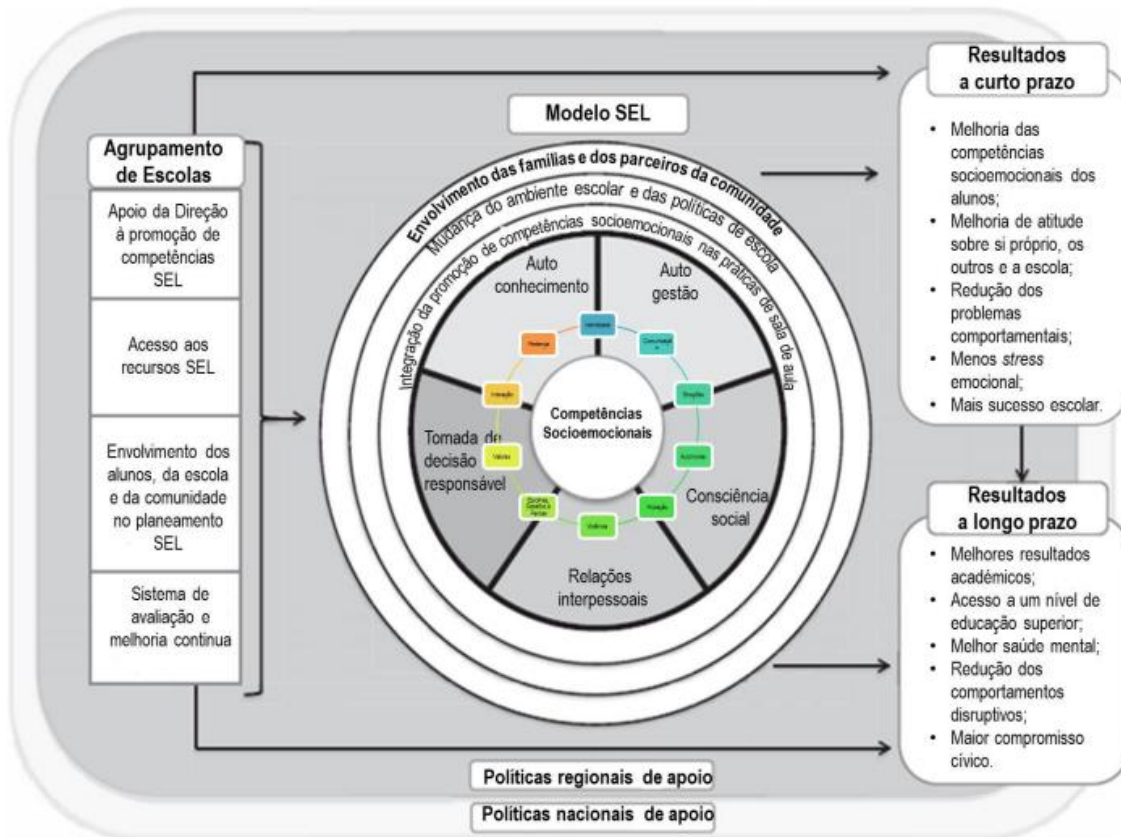
Regras do Jogo “Diverte-te com a Mente”:

- A cada jogador é atribuído um peão.
- O jogador que começa a jogar é o mais novo. Segue no sentido dos ponteiros do relógio.
- O jogador joga o dado e conforme o símbolo do tabuleiro, tira a carta correspondente a esse símbolo.
 - A carta com as iniciais “CE”  remete para uma questão sobre as competências emocionais.
 - A carta com as iniciais “CS”  remete para uma questão sobre as competências sociais.
- A casa que tem o símbolo do **dado**  convida o jogador a utilizar o dado das emoções. O jogador é convidado a identificar a emoção e falar sobre a mesma (experiências, vivências, estratégias para lidar com essa emoção, ...).
- O objeto com a personagem “*Bing-Bong*” é um trunfo que pode ser utilizado apenas uma vez por cada jogador. Permite ao jogador pedir ajuda a alguém do grupo a pensar conjuntamente na resposta à questão.
- O último jogador a acabar recebe uma carta “Estrela”  em que será utilizada após todos os jogadores terminarem. Esta carta terá uma dinâmica a ser trabalhada com o grupo pelo jogador que chegou ao final primeiro (casa número 35).

Anexos

Anexo I – Modelo SEL

Anexo I – Modelo SEL



(DGS, 2015)

Anexo II – Domínios e subdomínios Modelo SEL

Anexo II – Domínios e subdomínios Modelo SEL

Quadro 2 - Subdomínios Transversais

DOMÍNIOS SEL	Subdomínios Transversais
AUTOCONHECIMENTO	Identidade
AUTOREGULAÇÃO	Comunicação
CONSCIÊNCIA SOCIAL	Emoções
COMPETÊNCIAS RELACIONAIS	Autonomia
TOMADA DE DECISÃO RESPONSÁVEL	Proteção
	Violência
	Escolhas, Desafios e Perdas
	Valores
	Interação
	Pertença

Quadro 3 - Objetivos dos Subdomínios

SUBDOMÍNIOS	OBJETIVOS
Identidade	Desenvolver a consciência de ser uma pessoa única
Emoções	Desenvolver o autoconhecimento na sua dimensão emocional Adquirir literacia emocional
Autonomia	Demonstrar autonomia em cada uma das etapas do crescimento e do desenvolvimento
Proteção	Conhecer os fatores de risco e proteção Aumentar a perceção individual face aos processos protetores
Violência	Identificar violência dirigida ao próprio e aos outros Adotar uma cultura de respeito e tolerância
Escolhas, Desafios e Perdas	Utilizar as fases do processo de tomada de decisão; definir objetivos e gerir emoções e valores associados
Valores	Desenvolver os valores de cidadania, de solidariedade e de respeito pelas diferenças
Interação	Construir relações positivas com os/as outros/as e com o meio ambiente
Pertença	Adotar o sentido de pertença individual e social

(DGS, 2019, p. 16)