



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

**Comportamentos Suicidários e Expressão Dramática:
Intervenção do Enfermeiro Especialista com
Adolescentes**

Ana Andreia Ribeiro Martins de Sousa

**Lisboa
2021**

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

**Comportamentos Suicidários e Expressão Dramática:
Intervenção do Enfermeiro Especialista com
Adolescentes**

Ana Andreia Ribeiro Martins de Sousa

Orientador: Luis de Oliveira Nabais

**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Às pessoas que fazem parte da minha vida,

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho que decorreu ao longo de um tempo atípico, apenas foi possível graças à ajuda e apoio de todos os que fizeram parte desta etapa.

Assim, quero agradecer a todos e cada um de vós.

Aos meus amigos pela paciência e incentivo que me deram em vários momentos fulcrais.

Aos meus professores que fizeram parte deste percurso pela sabedoria que partilharam e por me levarem a desafiar-me a mim mesma para que pudesse crescer.

Aos enfermeiros que me acompanharam e orientaram em todos os momentos do meu percurso de estágio, por acreditarem em mim e nas minhas capacidades, sempre disponíveis a ajudarem no meu processo evolutivo académico e pessoal.

Aos profissionais de outras áreas que me acompanham e acompanharam, por todo o conhecimento e orientação ao longo de todo o percurso sempre disponíveis para me ajudar, dar alento e força para continuar em cada momento.

À minha família que acredita que esta formação é mais um momento de aprendizagem e crescimento profissional que me permitirá ser mais feliz no meu trabalho.

Quero agradecer sobretudo a ti meu companheiro que sempre acreditaste em mim e no meu potencial, mesmo nos tempos mais conturbados, transmitindo-me a força que me permitiu a conclusão de todo o percurso, respeitando os meus limites e com a paciência necessária para o dia-a-dia, partilhando todos os momentos bons e menos bons.

Por fim, mas não menos importante, agradeço-me a mim por ter conseguido cumprir mais uma etapa de um processo que por vezes foi complicado de gerir.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

WHO - World Health Organization

OE - Ordem dos Enfermeiros

OPP - Ordem dos Psicólogos Portugueses

EESMP - Enfermeira Especialista Saúde Mental e Psiquiátrica

DGS - Direção-Geral da Saúde

RESUMO

O suicídio é a segunda causa de morte mais comum nas populações jovens dos 10 aos 24 anos, estimando-se que 4 milhões de adolescentes façam tentativas de suicídio e 164 mil o concretizem (Saunders & O'Connor, 2012 e WHO, 2014). Este problema tem impacto ao nível das dimensões bio-psico-socio-emocionais e culturais dos próprios, família, amigos e sociedade, sendo a sua etiologia complexa e multifatorial. Desta forma, esta problemática carece de uma abordagem terapêutica pensada e refletida mediante as necessidades sentidas e verbalizadas pelos adolescentes.

Tendo em conta estas questões é fundamental que, enquanto enfermeiros especialistas de saúde mental e psiquiátrica, nos debruçemos sobre esta temática para elaborar planos de ação concretos e eficientes, para a promoção da melhoria do estado de saúde mental desta população e suas famílias.

Os objetivos delineados para este projeto prendem-se com a aquisição de competências especializadas, com a identificação e caracterização do padrão de comportamentos suicidários, bem como a implementação de um programa de intervenção, com um total de 8 sessões, num grupo aberto em contexto de internamento, com adolescentes dos 10 aos 17 anos, recorrendo à expressão dramática enquanto mediador expressivo-artístico.

A metodologia utilizada foi qualitativa, socorrendo-se de instrumentos como o programa de intervenção com recurso à expressão dramática, observação direta, entrevistas informais, jornais de aprendizagem e consulta de documentação e registos clínicos, sendo a relação terapêutica o pilar de todas as intervenções realizadas. Foi ainda efectuada uma revisão da literatura, para fundamentação teórica das intervenções terapêuticas realizadas.

A implementação do programa de intervenção com recurso à dramatização nos adolescentes com comportamentos suicidários foi um contributo positivo para demonstrar a importância da expressão dramática enquanto mediador expressivo-artístico, pois verificou-se que ajuda os jovens no conhecimento de estratégias para lidarem com as suas dificuldades, tomando consciência de si mesmos, readquirindo significado para as suas experiências, estimulando a sua criatividade e espontaneidade, e proporcionando uma consequente melhoria do seu estado de saúde mental.

Palavras-chave: Adolescentes, Expressão dramática, Comportamentos Suicidários, Terapia de Grupo, Enfermagem de Saúde Mental.

ABSTRACT

Suicide is the second most common cause of death in young populations aged 10 to 24 years, with an estimated 4 million adolescents attempting suicide and 164,000 succeeding (Saunders & O'Connor, 2012 and WHO, 2014). This problem has an impact in terms of the bio-psycho-socio-emotional and cultural dimensions of themselves, family, friends and society, and its etiology is complex and multifactorial. In this way, this problem lacks a thoughtful and reflected therapeutic approach based on the needs felt and verbalized by the adolescents.

Bearing these issues in mind, it is essential that, as specialist nurses in mental and psychiatric health, we focus on this issue to develop concrete and efficient action plans to promote the improvement of the mental health status of this population and their families.

The objectives outlined for this project are related to the acquisition of specialized skills, with the identification and characterization of the pattern of suicidal behavior, as well as the implementation of an intervention program, with a total of 8 sessions, in an open group in the context of inpatient, with adolescents from 10 to 17 years old, using dramatic expression as an expressive-artistic mediator.

The methodology used was qualitative, using instruments such as the intervention program with dramatic expression, direct observation, informal interviews, learning journals and consultation of documentation and clinical records, with the therapeutic relationship being the pillar of all interventions carried out. A review of the literature was also carried out, for the theoretical foundation of the therapeutic interventions.

The implementation of the intervention program using dramatization in adolescents with suicidal behaviors was a positive contribution to demonstrate the importance of dramatic expression as an expressive-artistic mediator, as it was found that it helps young people to know strategies to deal with their difficulties, becoming aware of themselves, reacquiring meaning for their experiences, stimulating their creativity and spontaneity, and providing a consequent improvement in their mental health status.

Keywords: Adolescents, Dramatic Expression, Suicidal Behaviors, Group Therapy, Mental Health Nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
1.1. A ADOLESCÊNCIA.....	14
1.2. COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS	16
1.3. INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS DE GRUPO	18
1.4. EXPRESSÃO DRAMÁTICA COMO MEDIADOR EXPRESSIVO DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA.....	19
1.5. TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE HILDEGARD E. PEPLAU	24
2. METODOLOGIA	29
2.1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	30
2.1.1. CONTEXTO DE AMBULATÓRIO	30
2.1.2. CONTEXTO DE INTERNAMENTO.....	31
2.2. OBJETIVOS.....	31
2.3. PARTICIPANTES.....	32
2.4. INSTRUMENTOS E INTERVENÇÕES PROGRAMADAS.....	32
2.5. EXPLICITAÇÃO E ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS	36
2.5.1. INTERVENÇÃO DESENVOLVIDA EM COMUNIDADE.....	36
2.5.2. INTERVENÇÃO DESENVOLVIDA EM INTERNAMENTO DE PEDOPSIQUIATRIA	41
2.6. QUESTÕES ÉTICAS	56
3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS DE MESTRE E ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	58
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	58
3.2. COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi elaborado no seguimento do desenvolvimento do projeto efetuado na unidade curricular de Opção II, com a temática - Comportamentos Suicidários e Expressão Dramática: Intervenção do Enfermeiro Especialista com Adolescentes, no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A motivação para a escolha da temática advém de uma inquietação pessoal e profissional, no sentido em que considero que o aumento dos comportamentos suicidários em adolescentes é preocupante, requer um olhar atento e uma intervenção focada e dirigida cada vez mais precoce.

Quanto à expressão dramática, enquanto mediador expressivo, esta é uma área que me suscita muita curiosidade pessoal e que acredito ser uma técnica útil para a melhoria do estado de saúde mental das pessoas, pois permite a vivência de situações já vividas ou não, que por si só, pode ser um fator transformador e de (re)significação das experiências pessoais. Acresce ainda o facto de a expressão dramática poder introduzir a criatividade e espontaneidade na vida, algo que por vezes é esquecido na vida adulta, com todas as responsabilidades e necessidades do dia-a-dia, num mundo que tende a condicionar e a funcionar a uma grande velocidade.

Desta forma, considero que enquanto futura enfermeira especialista de saúde mental e psiquiátrica (EESMP) podemos ter um papel diferenciador nos cuidados que prestamos a jovens com comportamentos suicidários após um momento de crise, através da utilização da expressão dramática como mediador expressivo, enquanto intervenção autónoma de enfermagem, pela sua riqueza e intensidade, que poderá permitir à pessoa a expressão livre das suas emoções e do que vai no seu inconsciente, socorrendo-se da espontaneidade.

Tal como refere Maçaneiro & Almeida (2019), na dramatização os diversos comportamentos vivenciados durante a adolescência podem ocorrer com segurança e de uma forma leve, permitindo ao adolescente aceder à informação oculta, sem que seja necessário forçar uma resposta ou propor uma interpretação. Isto porque, segundo Ferreira (2010), a dramatização permite trabalhar no momento, no aqui e agora, promovendo e/ou desbloqueando a espontaneidade e a criatividade, o que se torna essencial na intervenção psicoterapêutica com adolescentes.

Por outro lado, a nível profissional, a saúde mental e psiquiatria são um interesse recente que surgiu após um caminho de desenvolvimento pessoal em várias áreas, como forma de complementar e estruturar o conhecimento, para que possa desempenhar a minha função com

maior competência e capacidade de ajuda em todas as relações que estabeleço com clientes e profissionais.

A escolha dos adolescentes como público alvo prende-se com o facto de nunca ter trabalhado em contextos de pediatria ou pedopsiquiatria, mas fundamentalmente, porque se considerarmos os “jovens como o futuro do mundo” e uma população vulnerável por todas as alterações decorrentes desta fase de vida, faz todo o sentido aprender a intervir junto destes, para conseguirmos facilitar a sua transição para que se tornem adultos capazes com uma melhor saúde mental. Esta escolha foi também sustentada pela evidência dos dados de incidência da problemática do suicídio neste público alvo, demonstrativa da necessidade de intervir sem mais demoras.

Conforme refere a World Health Organization (WHO)(2016), em 2012 o suicídio é a 15ª causa de morte no mundo, impactando os indivíduos, famílias, comunidades e países ao nível económico, social e psicológico, sendo considerado um problema major de saúde pública por todo o mundo. Segundo Hawton, Saunders & O'Connor (2012) e a WHO (2014), o suicídio é a segunda causa de morte mais comum nas populações jovens dos 10 aos 24 anos, estimando-se que 4 milhões de adolescentes façam tentativas de suicídio e 164 mil o concretizem.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2012), os adolescentes representam em Portugal um grupo de elevada vulnerabilidade e os fatores de risco são multifatoriais. Estes prendem-se com questões biológicas, depressão, desesperança, isolamento social, relacionamento interpessoal, que em associação podem potenciar e levar ao suicídio, sendo importante identificar os sinais de alerta e ter uma intervenção eficaz para podermos salvar vidas.

Tendo em consideração as competências de EESMP, bem como a bibliografia consultada, a expressão dramática poderá então ser um contributo para uma intervenção psicoterapêutica em adolescentes com comportamentos suicidários, que nos permita aceder ao universo do mesmo e intervir nele, por forma a obter resultados na melhoria destes comportamentos.

Assim, compreender esta problemática e todas as suas vertentes de impacto, torna-se essencial, para que possa intervir precocemente e responder eficazmente enquanto futura enfermeira especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica, não só junto desta população específica, mas também com todas as pessoas que se cruzam no meu caminho profissional, pois temos o dever ético de prevenir e partilhar conhecimentos que contribuam para a resolução desta problemática e minimização do seu impacto na própria sociedade.

Posto isto, este projecto teve como finalidade perceber em que medida a expressão dramática, como mediador expressivo, pode contribuir para o estado de saúde dos adolescentes

com comportamentos suicidários. Para esta finalidade os objectivos traçados foram: adquirir competências especializadas na intervenção com adolescentes com comportamentos suicidários; caracterizar os comportamentos suicidários; desenvolver intervenções de grupo e individuais no âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico a crianças e adolescentes; utilizar a expressão dramática como mediador expressivo, enquanto intervenção psicoterapêutica; explicitar o papel do EESMP no tratamento dos adolescentes com comportamentos suicidários em regime de internamento.

Para alcançar estes objectivos foram realizados dois estágios, em unidades de saúde pertencentes à área de Lisboa, nomeadamente numa unidade de contexto comunitário de pedopsiquiatria e numa unidade de internamento de Pedopsiquiatria.

O primeiro local permitiu-me desenvolver competências na intervenção com a família e crianças na primeira infância, através de consultas de enfermagem individuais, uma vez que os grupos terapêuticos estavam suspensos dada a situação pandémica que se vivenciou durante todo o tempo de realização dos estágios, com a atividade reduzida aos mínimos, face aos riscos de exposição dos intervenientes. Para além da aquisição destas competências, este local de estágio contribuiu para a compreensão do fenómeno em estudo, uma vez que possibilitou a observância de dinâmicas e contextos familiares que nos permitem identificar alguns fatores de risco para o desenvolvimento da doença mental do adolescente, através da compreensão psicodinâmica da infância.

O segundo local foi o internamento de pedopsiquiatria, em que tive oportunidade de contactar com adolescentes com comportamentos suicidários. Este, permitiu-me desenvolver intervenções terapêuticas de grupo, utilizando a expressão dramática como mediador expressivo, por forma a dar resposta ao meu projecto pessoal e de futura enfermeira especialista.

Por fim, este relatório encontra-se dividido em duas partes. A primeira corresponde à apresentação da problemática, sua pertinência e justificação através de um enquadramento teórico acerca da problemática escolhida (adolescência e comportamentos suicidários, intervenções terapêuticas de grupo e expressão dramática como mediador expressivo).

A segunda parte diz respeito à implementação do projecto e à aquisição de competências de EESMP, onde se irão abordar as atividades desenvolvidas, bem como será feita a apresentação e discussão dos resultados. No fim, serão apresentadas as questões éticas, as limitações do trabalho e considerações finais.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. A Adolescência

De acordo com a WHO (2018), são considerados adolescentes os indivíduos dos 10 aos 19 anos de idade, sendo a adolescência, como refere Santos (2015) um período do ciclo de vida que suscita opiniões emocionais positivas e negativas, sendo referido muitas vezes como o período mais interessante e criativo, ou pelo contrário, um período toldado por problemas, crises, angústias e perigos.

Esta é uma altura da vida em que a transição pode ter estas duas vertentes, pois segundo Erikson (1976) citado por Sobreira (2008), a adolescência é um período de construção da identidade, em que ocorrem mudanças corporais, cognitivas e sociais, aos quais os adolescentes necessitam de se adaptar para se desenvolverem psicologicamente, sendo necessário estar atento a estes estímulos e aos seus comportamentos para uma deteção precoce de perturbações comportamentais e de alterações da imagem corporal. Esta, está relacionada com a história de vida, o seu corpo físico e a sua vivência interna e subjetiva.

Posto isto, e segundo Enderle (1988), citada por Maçaneiro & Almeida (2019), o processo da adolescência pretende que o adolescente construa a sua própria identidade, que surge como resultado da revisão das vivências infantis, por vezes penosas, e das identificações até ao momento estabelecidas. Este período, segundo Monteiro (2014), pode então ser vivido como catastrófico por ameaçar a integridade e a saúde mental, em adolescentes que demonstram um maior grau de isolamento, podendo estar associado a diferentes razões, tais como: perturbações ansiosas e depressivas; perturbações da interação familiar; problemas de autonomização e perturbações das competências sociais, por dificuldades em lidar com as transformações corporais e autoimagem. No entanto, a busca pela emancipação e independência é marcada também pelas condicionantes externas que impregnam a sociedade em que o adolescente estiver situado (Quiroga & Vitalle, 2013).

Já Santos (2015, p.129) refere que “as influências biológicas, relacionais, o temperamento, as competências e a resiliência interagem significativamente com “o acaso” dos acontecimentos de vida, ou dos trajetos relacionais, e que podem fazer toda a diferença em certos períodos.”. A mesma ainda acrescenta que há aspetos do temperamento que podem conduzir a situações ansiogénicas e comportamentos de evitamento, ou pelo contrário, a comportamentos de procura de sensações, com possíveis complicações em situações de risco, no consumo de substâncias, em atividades ilícitas delinquentes ou relações emocionais caóticas. Assim, a adolescência de acordo com Santos (2015), pode ser assustadora para os pais, pois ao

mesmo tempo que é uma altura de desenvolvimento de capacidades e criatividade, caracteriza-se também por uma vontade de descobrir limites, podendo mesmo chegar ao limite. Esta reforça que a participação no grupo de pares e o suporte familiar podem facilitar as transformações e trazer segurança ao adolescente, pois o “fazer parte de um grupo permite a interação necessária à troca de ideias e fornece múltiplas possibilidades de identificações acerca das mudanças e novas experiências.” (Santos, 2015, p.130).

No entanto, existem jovens isolados ou rejeitados pelos grupos que são incapazes de entrar em interação, por diversos motivos ou dificuldades. Segundo Santos (2015), isto pode ocorrer com diversos significados psicopatológicos, tais como, perturbações depressivas, perturbações das competências sociais, bem como dificuldades nas interações relacionais familiares e na sua autonomização. Para estes, a adolescência pode ser vivenciada como uma catástrofe que ameaça a integridade do eu e a saúde mental, com sentimentos de angústia, negação ou rejeição.

Por outro lado, segundo Shaffer & Kipp (2010), o cérebro do adolescente é diferente do adulto no que diz respeito à maturação dos processos executivos e do córtex pré-frontal, que só estão concluídos no início da idade adulta, assim como as competências para a regulação da resposta emocional. Assim, segundo Oliveira, Amâncio & Sampaio (2001), existe uma vivência intensa da experiência emocional, quando os processos para a regulação e tomada de decisão são ainda insipientes, o que parece contribuir para a glorificação do risco que se observa no período da adolescência. Também Hazen, Schlozman & Beresin (2008) estão de acordo que é esperado que o adolescente desenvolva estratégias que permitam uma melhor gestão dos impulsos e das suas vivências emocionais, construindo importantes fundações para os mecanismos de coping que serão utilizados quando se tornarem adultos.

Por tudo isto, torna-se necessário conseguirmos ajudar os adolescentes a ressignificar as suas vivências mais traumáticas e dar-lhes ferramentas para que consigam ultrapassar esta fase potencialmente ansiogénica e crítica, por forma a evitarmos sentimentos e emoções de desesperança e insegurança que os coloquem numa posição tão vulnerável cuja única saída que encontram para o seu desespero seja atentarem contra as suas próprias vidas.

Assim, surge a necessidade da Enfermagem se debruçar sobre as problemáticas emergentes desta faixa etária, através do seu próprio olhar, como forma de conhecer mais profundamente esta dimensão e desenvolver intervenções que possam auxiliar populações desta faixa etária a ultrapassarem as dificuldades que surgirem e ajudarem os jovens a contruírem estratégias de adaptação para as suas vidas.

1.2. Comportamentos Suicidários

As causas do suicídio são complexas e envolvem uma interação de vários fatores, entre os quais temos os psicológicos, biológicos, sociais e ambientais em contextos de vivências pessoais negativas ao longo da vida, que podem ser agravadas por dificuldades pessoais recentes, segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) (2013). De acordo com a OPP a morte prematura por suicídio tem consequências negativas para a família, amigos e para a comunidade alargada, que têm de lidar com o impacto da situação. Por isso, o comportamento suicida representa um problema de saúde pública, sendo um desafio a todos os níveis.

Os comportamentos suicidários englobam vários conceitos, pois não se limitam à morte por suicídio. Estes englobam um largo espectro de comportamentos, que variam desde a ideação suicida, passando pelo plano e tentativa de suicídio, até ao suicídio consumado, de acordo com inúmeros autores.

No decorrer deste trabalho utilizaremos a nomenclatura proposta pela Direção-Geral da Saúde (DGS)(2013), no contexto do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. Esta integra a ideação suicida, atos suicidas (suicídio consumado e tentativa de suicídio) e comportamentos auto-lesivos, sendo que darei mais destaque aos dois primeiros conceitos, uma vez que os comportamentos auto-lesivos podem ou não ser suicidários. Conforme refere a WHO (2014), incluir debaixo do mesmo chapéu os comportamentos auto-lesivos não fatais sem intenção suicida pode ser problemático pelas possíveis variações ao nível da intervenção.

Assim, interessa definir que o comportamento suicida é aquele que coloca a vida da pessoa ou a sua integridade física em risco, independentemente do nível ou da verdadeira razão da ação (Abreu et al., 2010; Marcelli & Braconnier, 2005).

Desta forma, e segundo Cardoso (2016), a ideação suicida caracteriza-se por pensamentos ou ideias sobre suicídio e/ou planeamento da própria morte; a tentativa de suicídio é um ato levado a cabo com a finalidade de colocar termo à vida, mas que por razões diversas, geralmente alheias à pessoa, resulta falhado, ao contrário do suicídio consumado, que culmina na morte do indivíduo pela sua própria mão (DGS, 2013).

Já Saraiva & Gil (2014) acrescentam que os comportamentos suicidários podem ser entendidos como comportamentos não adaptativos, multideterminados e que existem num *continuum* de desenvolvimento e intensificação de pensamentos e comportamentos. A decisão de cometer suicídio não é imediata, uma vez que existe uma trajetória estabelecida entre a ideação suicida, as tentativas e a concretização da morte, o que proporciona um tempo fundamental para a intervenção terapêutica (Santos et al., 2014).

A intervenção terapêutica torna-se então fundamental para intervir e, segundo a OPP (2013), as crianças e jovens, com ou sem perturbação da saúde mental, jovens com tentativas anteriores de suicídio, são grupos prioritários em que é importante existirem ações focadas. Contudo, importa ainda explicitar que existem fatores de risco e precipitantes para compreender a ideação suicida de cada adolescente e que é diferente dos adultos.

Um estudo realizado por Gündüz et al. (2016) acerca do perfil dos adolescentes que cometem tentativas de suicídio refere que consistentemente com os estudos anteriores, as raparigas têm maior tendência para tentar o suicídio que os rapazes e maior risco de cometer uma segunda tentativa.

Segundo Jobes et al. (2019) os fatores precipitantes assumem-se como *suicidal drive*, pois representam os problemas atuais que levam o adolescente a considerar o suicídio.

Já a DGS (2013) afirma que os fatores de risco “são circunstâncias, condições, acontecimentos de vida, doenças ou traços de personalidade que podem aumentar a probabilidade de alguém cometer uma tentativa de suicídio ou, mesmo, suicidar-se” (p.45) e os fatores precipitantes são os acontecimentos de vida que elevam o agravamento do comportamento suicidário que já existe e que sucedem a sua expressão, pouco tempo antes (DGS, 2013).

De acordo com Gündüz et al. (2016) e Rajamohan, Sharkey & Heavey (2018) existem vários fatores de risco, entre eles, o sofrimento emocional; história de doença mental, em particular depressão; perdas pessoais nas várias áreas de vida; histórico familiar de suicídio; exposição à violência; isolamento social; sentimentos persistentes de desesperança e tristeza; crises de choro; comportamentos extremos de controlo de peso; problemas relacionais; histórico familiar de maus tratos a crianças; conflitos familiares; falta de acesso a recursos de suporte; uso de substâncias; doenças físicas, dificuldades de aprendizagens, deficiências intelectuais e alterações neurobiológicas; bem como traços de impulsividade e agressividade para consigo ou com os outros, tais como irritabilidade, raiva e hostilidade e ainda crenças religiosas ou culturais de que o suicídio é algo nobre que fornece uma solução. Para além destes, a DGS (2013) acrescenta ainda influências dos média, estigma e bullying e refere que estes fatores de risco podem ser enquadrados em três categorias: fatores de risco individuais, socioculturais e situacionais.

Por outro lado, existem recursos individuais, socioculturais e situacionais que são protectores e podem contribuir para a minimização dos riscos de comportamentos suicidários, sendo estes, de acordo com a DGS (2013), a capacidade de resolução de problemas e conflitos, resiliência e autoestima, saber pedir ajuda, capacidade comunicacional desenvolvida, abertura para novas aprendizagens e experiências, bons relacionamentos e suporte familiares, relações

de confiança, facilidade de acesso a serviços de saúde, pertença a uma religião, assim como valores culturais.

Assim, tendo em conta a multiplicidade dos riscos subjacentes aos comportamentos suicidários, é fundamental que as estratégias a desenvolver quer a nível da prevenção quer da intervenção tenham em conta estes factores de risco, uma vez que, quanto mais fatores de risco estiverem presentes, maior o risco da efetivação do suicídio, caso não existam fatores protectores suficientes. Desta forma, identificar os fatores de risco e de proteção é essencial para desenvolver uma intervenção dirigida e sustentada perante os adolescentes tendo em conta as suas especificidades e vulnerabilidades já explicitadas no capítulo anterior.

Nesta perspectiva é evidente que esta problemática se assume como multifatorial e que a forma de olhar para a intervenção que poderemos desenvolver deve conter na sua base uma abordagem psicodinâmica e transpessoal, de modo a conhecermos melhor toda a sua complexidade e intervir de acordo com as necessidades identificada em cada adolescente com este tipo de comportamentos.

Segundo a DGS (2013), a estratégia para intervenção com indivíduos que cometeram tentativa de suicídio é a utilização de procedimentos específicos e diferenciados de psicoterapia, psicofarmacologia e suporte social, com acompanhamento regular próximo, após um conhecimento compreensivo para além do reconhecimento de sintomas.

Neste sentido, resolvemos estudar esta problemática para perceber se a expressão dramática pode ser uma intervenção adequada e que traga benefícios para a recuperação dos jovens ainda internados com comportamentos suicidários, pois é emergente que os EESMP consigam promover intervenções específicas para este tipo de população e problemática.

1.3. Intervenções terapêuticas de grupo

Trabalhar com grupos faz parte das competências de um EESMP e tem os seus benefícios quer para o indivíduo quer para o grupo em si mesmo enquanto entidade.

Segundo Yalom (2006), os indivíduos encontram-se invariavelmente em estadios diferentes de sofrimento psicológico, no entanto, através da semelhança de experiências pode haver uma melhoria como resultado da terapia de grupo.

Para este autor é necessário identificar os aspetos cruciais do processo de mudança, para que o terapeuta possa seleccionar as técnicas e estratégias mais adequadas a serem utilizadas para moldarem a experiência de grupo, com o objetivo de maximizarem e potenciarem os resultados para os diferentes indivíduos e nos diferentes cenários. Este, acredita ainda que a mudança terapêutica é um processo complexo que decorre da interação de diferentes

experiências humanas, as quais denominou de “fatores terapêuticos” (Yalom, 2006, p.23), mas que o terapeuta ganha vantagem em decompor nas suas partes constituintes básicas para que os resultados sejam mais efetivos.

Ainda de acordo com a perspectiva deste autor existem linhas naturais que dividem a experiência terapêutica em onze fatores primários, sendo estes: a instilação de esperança; a universalidade; a partilha de informações; o altruísmo; a recapitulação corretiva do grupo familiar primário; o desenvolvimento de técnicas de socialização; o comportamento imitativo; as aprendizagens interpessoais; a coesão grupal; a catarse e os fatores existenciais (Yalom, 2006).

No que diz respeito às abordagens técnicas utilizadas para terapia de grupo, estas são também diversas e distintas podendo ir desde a abordagem cognitivo-comportamental, ao psicodrama, passando por uma abordagem psicoeducacional; interpessoal; *gestalt*; de apoio expressivo; transpessoal; psicanalítica e até uma abordagem dinâmica-interracional.

Assim, estes fatores são os aspectos que constituem o processo de mudança nos quais nos devemos focar para adaptarmos às necessidades dos nossos grupos e aos cenários que constituem a nossa realidade clínica, pois eles atuam a diferentes níveis que vão desde o emocional, ao cognitivo até à mudança de comportamento.

Sendo possível desempenharmos as nossas funções de EESMP em grupos de terapia, formados dentro do ambiente terapêutico em que estão inseridos, é uma mais valia para contribuirmos para os outcomes de melhoria do estado de saúde mental dos adolescentes com que nos deparamos, independentemente de ser um grupo fechado ou aberto, pelas múltiplas possibilidades terapêuticas que podemos obter, tal como refere Zimmerman & Osório *et al* (1997):

“o grupo é a matriz dinâmica adequada para o adolescente adquirir insight da condição e vicissitudes peculiares à crise normativa desta etapa evolutiva, podendo assim melhor elaborar os lutos pelas perdas que acompanham o necessário abandono da identidade infantil e preparar-se para bem usufruir as aquisições da emergente identidade adulta.”(p.329).

1.4. Expressão Dramática como mediador expressivo de intervenção terapêutica

Nos dias de hoje, são cada vez mais utilizados os mediadores artístico-expressivos como recurso na abordagem terapêutica com crianças e jovens, enquanto promotores de diversas áreas de desenvolvimento e competências pessoais e sociais, de acordo com Simões & Santos (2011).

Os mediadores, como o próprio nome indica, são as ferramentas utilizadas para mediar algo. No que diz respeito aos mediadores expressivos utilizados na intervenção terapêutica, estes referem-se a ferramentas que permitem uma expressão de sentimentos, emoções ou

revelações inconscientes dos seus utilizadores e medeiam a relação que se estabelece entre a pessoa que os utiliza e a pessoa que conduz o processo terapêutico, bem como a relação interna do próprio indivíduo consigo mesmo. Estes podem ser a expressão dramática, expressão plástica, dança, música, desenho, pintura, modelagem, etc.

De acordo com Feder & Feder (1981), a arte utilizada numa perspectiva preventiva em contextos clínicos de saúde mental, assume-se como um mediador entre alma, corpo e mente, por forma a promover o equilíbrio entre estas dimensões.

Assim, percebemos que estas ferramentas podem ser úteis na intervenção que os EESMP podem estabelecer com os adolescentes em contextos clínicos, nomeadamente em momentos individuais ou de grupo, tal como refere Ferraz *et al.* (2009), a dramatização insere-se no estilo expressivo-artístico que pode ter um cariz terapêutico pela promoção do desenvolvimento e bem-estar pessoal. Já Santos (1999), acrescenta que os mediadores expressivos podem ser vistos como veículos que permitem a expressão do mundo interno da pessoa e a (re)descoberta do relacionamento interpessoal, que muitas vezes está comprometido em adolescentes com comportamentos suicidários, conforme verificámos no capítulo anterior.

Tendo em conta estas questões para o presente projecto de intervenção, seleccionámos como mediador expressivo primário a expressão dramática, tendo esta sido complementada nas suas sessões, por outros mediadores como a música e a escrita.

De acordo com a Associação Nacional para a Drama Terapia citado por Dunphy, Mullane & Jacobsson (2013), a drama terapia é definida como o uso intencional dos processos de drama e/ou teatro para atingir objectivos terapêuticos e estimular o crescimento psicológico em que de acordo com Filho (2015) os instrumentos derivam do teatro e as metas são fruto da psicoterapia.

Estes autores pressupõem que, a alteração de comportamento, a construção de competências, a integração emocional e física e o crescimento pessoal, podem ser alcançados através da utilização da drama terapia em *settings* de prevenção, intervenção e tratamento em saúde mental, em múltiplos contextos e com diversas populações alvo, entre os quais adolescentes que fazem mal a si próprios.

A dramatização ou expressão dramática pode assim resposta às questões que emergem durante a adolescência, no sentido em que, os diversos comportamentos vivenciados durante esse período, poderão ocorrer com segurança, permitindo ao adolescente aceder à informação escondida, com leveza, sem que seja necessário forçar uma resposta ou propor uma interpretação (Maçaneiro & Almeida, 2019).

Isto porque, segundo Ferreira (2010), a dramatização permite trabalhar no momento, no aqui e agora, promovendo e/ou desbloqueando a espontaneidade e a criatividade, o que se torna

essencial na psicoterapia com adolescentes. Já Daemi & Vasegh Rahimparvar (2018) acrescentam que, hodiernamente a investigação sugere que, as técnicas baseadas na ação se tornam benéficas e eficientes para grupos terapêuticos com adolescentes.

De acordo com a pesquisa bibliográfica consultada, diversos estudos suportam a pertinência das psicoterapias nos adolescentes, em particular a dramatização, que de acordo com Ferreira (2010), promove e/ou desbloqueia a espontaneidade e a criatividade. Os estudos de Maçaneiro & Almeida (2019), Cañete & Silva (2008) Nóbrega (2019), Bicudo (2003), Gonzalez (2018) e Nabais (2019) demonstram de forma transversal os ganhos tanto da psicoterapia como do psicodrama que inclui especificamente a dramatização. Os autores referem ganhos em saúde mental no que diz respeito à alteração de comportamentos, promoção do bem-estar e alívio do sofrimento psicológico dos adolescentes, através do trabalho dos grupos, de onde advêm dimensões importantes de desenvolvimento, como é o caso das relações interpessoais e da transformação dos participantes como co-agentes terapêuticos.

Para complementar, segundo diversos autores, a dramatização, possibilita ao adolescente ter uma vivência em contexto protegido do grupo, o que permite a aquisição de novas atitudes e comportamentos (Vicente, 2005; Souza, 2010; Cibreiros e Oliveira, 2010; Furlan et al., 2012; Negri et al., 2017).

Desta forma encaramos a dramatização como uma intervenção psicoterapêutica que pode ajudar o EESMP a contribuir para a melhoria do estado de saúde mental dos jovens a quem presta cuidados nos contextos em que se inserem. No entanto, para percebermos o alcance terapêutico da utilização desta técnica interventiva, faz-nos sentido abordar o Modelo Teórico Psicodramático de Jacob Moreno, no que diz respeito às suas técnicas e instrumentos, por terem sido essas as bases de intervenção deste projeto.

Segundo Moreno (1975), o psicodrama coloca o paciente num palco onde ele pode exteriorizar os seus problemas com a ajuda de alguns atores terapêuticos, sendo um método de diagnóstico e de tratamento, em que um dos seus traços característicos é que a representação de papéis está incluída organicamente no processo de tratamento, podendo desta forma ser adaptado a qualquer tipo de problema, pessoal ou de grupo, e em qualquer faixa etária. Este, socorre-se de instrumentos (sala psicodramática, cenário, protagonista, egos auxiliares, auditório e director) e técnicas (ego auxiliar, improvisação espontânea, auto-preservação, solilóquio, interpolação de resistências e outras) que permitem a revelação de novas dimensões da mente, podendo desta forma, ser exploradas em condições experimentais.

As técnicas utilizadas no psicodrama têm como finalidades segundo Gonçalves, Wolf e Almeida (1988), o estudo diagnóstico e exploratório de situações existenciais, psicológicas e relacionais do grupo social; o estudo de qualquer acontecimento para conclusões dos pontos de

vista psicossocial e institucional e a procura de soluções através da catarse de integração grupal e conseqüentes modificações da relação sociométrica do grupo, instituição ou comunidade trabalhada.

Tendo em conta as finalidades das técnicas interessa descrever sumariamente as principais, para que possamos tomar consciência e decidir qual ou quais utilizar, e qual ou quais os momentos propícios para a sua utilização na expressão dramática enquanto intervenção terapêutica.

A inversão de papéis consiste na troca de lugar entre o protagonista e outro representante. Quando esta troca ocorre, o protagonista passa a desempenhar o papel do representante (que se denomina de ego auxiliar), vivenciando a experiência de outro papel na relação consigo mesmo, pois o ego auxiliar passa a assumir o papel de protagonista e vice-versa. Estas trocas podem ocorrer ao longo de toda a dramatização e são geridas pelo diretor quando este diz “troca” (Gonçalves, Wolf e Almeida, 1988).

A técnica do duplo persupõe que o ego-auxiliar ou o diretor, dependendo do momento, coloque uma mão no ombro do protagonista e expresse, num determinado momento, aquilo que este não está a conseguir expressar. A pessoa que faz de duplo adopta a postura corporal do protagonista, por forma a poder conectar-se emocionalmente e a partir daí pode expressar questões, perguntas, sentimentos, ideias, com o intuito de haver uma identificação e possibilitar o *insight* do protagonista (Gonçalves, Wolf e Almeida, 1988).

No que diz respeito à técnica do espelho esta pode ser usada de duas formas distintas, dependendo da capacidade de *insight* do protagonista. A primeira consiste em o ego-auxiliar entrar no próprio contexto dramático, passando a espelhar frente a frente as ações do protagonista, que assiste a si mesmo. Na segunda forma, o ego-auxiliar substitui o protagonista na dramatização, tomando o seu lugar, enquanto o protagonista passa a acompanhar o diretor observando o decorrer da dramatização. Esta segunda forma de utilização desta técnica é menos chocante para o protagonista e pode aumentar a sua possibilidade de *insight*, pelo apoio que tem do diretor (Gonçalves, Wolf e Almeida, 1988).

Quanto ao solilóquio, esta é uma técnica verbal que permite o acesso a níveis mais profundos do mundo interpessoal do protagonista, pois consiste na verbalização do diálogo interno do protagonista em voz alta, enquanto a cena fica em pausa, para que o diretor possa facilitar ao cliente o redimensionamento psicológico do significado dos seus sentimentos e pensamentos verbalizados (Gonçalves, Wolf e Almeida, 1988). Já Moreno (1975), refere que o solilóquio “*é usado pelo paciente para duplicar sentimentos e pensamentos ocultos que ele teve, realmente, numa situação com um parceiro em sua vida, o que tem aqui e agora, no*

momento do desempenho. O seu valor reside na veracidade. O seu propósito é a catarse” (p.245).

Por fim, a técnica da estátua consiste em o protagonista construir uma figura (com objectos ou pessoas), que represente algo (por exemplo: uma situação, um estado de espírito, uma frase ou palavra, etc), podendo esta ser estática ou dinâmica. Esta tem como objectivo trazer para o palco materiais internos do próprio protagonista, permitindo que este se torne espectador de si mesmo, objectivando o seu mundo interno, bem como permitir a sua expressão e observação. A estátua será depois comentada pelo protagonista, diretor e auditório de acordo com (Pio de Abreu, 1992).

Assim, percebemos que cada técnica pode ser utilizada com objetivos distintos apresentando vantagens para o processo terapêutico da pessoa e grupo.

De acordo com Abreu (2006), o psicodrama divide-se em quatro etapas – aquecimento inespecífico, aquecimento específico, dramatização e comentários. O aquecimento trata-se do momento de preparação para a dramatização e é a altura em que se dá a escolha do protagonista. Este divide-se em inespecífico e específico. O primeiro pode ser verbal ou corporal e tem como função o relaxamento do grupo, terminando com a escolha do protagonista, que pode ser um indivíduo ou o grupo. O segundo, consiste na preparação do protagonista para a ação dramática, na clarificação do contexto a dramatizar e é nesta fase que pode haver um aumento da tensão do protagonista e auditório.

Posteriormente avança-se para a dramatização propriamente dita. Nesta etapa, o protagonista expressa através da ação, palavras e representação, no contexto dramático, as suas situações vivenciais, presentificando o seu conflito no cenário. Esta etapa termina com a elucidação, encaminhamento ou resolução da situação dramatizada (Gonçalves, Wolf e Almeida, 1988).

A última etapa são os comentários a que Moreno chama de participação terapêutica de acordo com Gonçalves, Wolf e Almeida (1988), pois é nesta fase que cada elemento do grupo se expressa em termos do que lhes tocou e emocionou na dramatização, quais os sentimentos que foram despertados das suas próprias vivências em conflitos semelhantes. Em primeiro lugar é sempre o protagonista a dar início aos comentários, seguindo-se o auditório e por fim os egos auxiliares. Nesta etapa cabe ao diretor fazer o comentário síntese e encerrar a sessão, assim como fazer a mediação dos comentários do auditório, evitando comentários críticos, pois o protagonista já se expôs e não será justo para ele.

Posto isto, interessa perceber as similaridades entre o psicodrama e a dramaterapia ou dramatização enquanto intervenção terapêutica, uma vez que o psicodrama enquanto terapia e técnica não pode ser utilizada pelos EESMP, uma vez que requer uma certificação que em

Portugal, não é permitida aos enfermeiros. No entanto, as suas técnicas enquanto ferramentas de intervenção por parte dos EESMP, podem ser uma mais valia e aplicadas à dramatização enquanto mediador expressivo aumentam o seu carácter terapêutico, por todas as vantagens já aqui referidas.

Tal como refere Langley (2005), as similaridades entre o psicodrama e a drama terapia são, para ambos, a utilização da dramatização como meio para a mudança; o ênfase na importância do papel; conseguem abarcar o leque dos elementos dramáticos; distanciam os clientes dos seus problemas, permitindo uma abordagem mais clara e menos dolorosa e trabalham a resolução de conflitos através de metáforas.

Assim, de acordo com a mesma autora, estes tornam-se métodos de tratamento poderosos, cujo seu poder assenta nas raízes dramáticas e na sua aplicação cuidada com os grupos selecionados, sendo que na intervenção, não é o modelo, mas sim a motivação e cooperação do cliente aliada à filosofia, treino, compreensão e competência do terapeuta que faz o sucesso.

Já Vinogradov e Yalom (1992) acrescentam que a liderança terapêutica rigorosa é essencial para que os elementos do grupo aprendam a lidar com as similaridades, diferenças, antipatias, simpatias, timidez ou competitividade, que advêm das interações e relacionamentos que se proporcionam neste tipo de abordagem, uma vez que, o terapeuta dá e recebe feedback sob o escrutínio do grupo.

Em suma, os mediadores expressivos, tais como a dramatização, o jogo, o movimento, o brincar e outros, permitem que o adolescente aceda ao seu conteúdo interno e o exponha de forma livre e sem condicionalismos, adquirindo *insight* sobre as suas dificuldades, desejos, comportamentos e vivências, para que possa tomar consciência de si mesmo, dar sentido e significado às suas experiências e procurar estratégias adequadas para lidar com as suas dificuldades, podendo transportá-las para a sua vida, adquirindo novas competências que podem contribuir positivamente para a melhoria do seu estado de saúde mental.

1.5. Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard E. Peplau

No contexto deste projecto de intervenção torna-se pertinente abordar a teoria das relações Interpessoais de Peplau, uma vez que, a relação EESMP/adolescente é a base de toda a dinâmica de cuidados. Neste sentido, e para compreendermos as múltiplas possibilidades terapêuticas que a relação estabelecida prevê, faz sentido a abordagem a esta teoria.

De acordo com Howk (2004), Peplau defende que a enfermagem é “um processo interpessoal, significativo e terapêutico” dinâmico, bem como um “instrumento educativo, uma

força de maturação que tenciona promover o movimento de progresso da personalidade no sentido de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária” (p.428). Já Washington Pinheiro *et al.* (2019), acrescenta que de acordo com esta teoria, a enfermagem é um processo interpessoal terapêutico, educativo e significativo que é capaz de promover o desenvolvimento da personalidade, cabendo ao enfermeiro evoluir junto com o seu cliente, partindo do pressuposto que a sua formação e postura influenciam a condução do processo interativo que exige um autoconhecimento profissional.

Este autor refere ainda que o processo de enfermagem assente neste referencial deve considerar os aspectos comunicacionais, não só os verbais, mas também os aspectos da expressão racional e irracional de desejos, para além da expressão corporal, valorizando a utilização consciente da dinâmica interracional. Esta valorização é importante, pois permite a oportunidade do paciente de falar de si mesmo e consciencializar-se do que está a dizer, permitindo o surgimento de novas formas de pensar e perceber as coisas.

Assim, percebemos que este modelo de enfermagem sustenta teoricamente a intervenção desenvolvida ao longo do projecto com os adolescentes com comportamentos suicidários, pois fornece as bases teóricas do papel do enfermeiro na relação terapêutica estabelecida com o grupo e população alvo.

Conforme referem Howk (2004) e Washington Pinheiro *et al.* (2019), na perspectiva de Peplau, a relação terapêutica ocorre em quatro etapas (orientação, identificação, exploração e resolução) que se relacionam, cada uma delas, com os subpapéis desenvolvidos pelo enfermeiro nessa mesma relação (Estranho, Pessoa de recurso, Professor, Líder, Substituto, Conselheiro).

Para estes autores, a fase de orientação, consiste no encontro entre pessoas desconhecidas que enfrentam uma realidade desconhecida para ambos (enfermeiro/adolescente), motivo pelo qual deve ser feito uma identificação das necessidades do adolescente, através de estratégias comunicacionais que permitam a compreensão sobre a situação atual e o seu contexto, por forma a converter a energia de tensão e ansiedade, que ocorre nos primeiros encontros, em algo produtivo para o desenvolvimento da sua personalidade.

Quando se evolui para a fase de identificação, o adolescente pode iniciar um processo de idealização do enfermeiro, enquanto figura, símbolo ou representação a partir das suas vivências passadas, o que permite o aflorar de valores, sentimentos e emoções relativos a essa vivência, havendo uma reativação dos mesmos na relação. Aqui, cabe ao enfermeiro trabalhar com essas representações, podendo ampliar os seus significados e trabalhar as relações de dependência/independência. Neste processo as pré-concepções tornam-se mais claras e

permitem o direcionamento da relação para uma aprendizagem construtiva (Howk, 2004 e Washington Pinheiro *et al.*, 2019).

Na fase de exploração o adolescente vai desenvolvendo a sua capacidade de se tornar mais autônomo no seu processo de tratamento, aproveitando as possibilidades de ofertas do serviço de forma mais autônoma, embora possa ainda sentir um certo conflito com o estado de dependência. Neste sentido, o enfermeiro deve ser capaz de continuar a esclarecer o adolescente, escutando, estabelecendo novas metas e auxiliando a promoção da satisfação relativa às suas necessidades.

Por fim, a fase de resolução pressupõe a identificação da solução ou não do problema clínico, recorrendo à desvinculação gradual das pessoas relacionadas com o processo terapêutico, e o aumento da capacidade de autonomia do adolescente, com a disponibilidade contínua do enfermeiro em ajudar neste fortalecimento de autonomia e na satisfação das suas necessidades e demandas, consolidando ao mesmo tempo, com a família e o próprio, novos objetivos para os contextos comunitários e ocupacionais de vida (Howk, 2004 e Washington Pinheiro *et al.*, 2019).

Portanto, tal como refere Bittencourt *et al.* (2018), a teoria de Peplau contribui para o contexto da intervenção e promoção da saúde mental, pois demonstra a relevância da construção gradual de relações interpessoais entre enfermeiro/pessoa, em que o enfermeiro identifica necessidades específicas em conjunto com a pessoa, trabalhando em conjunto, para que a mesma consiga atingir a sua independência e autonomia, através de ferramentas promotoras de saúde física e mental.

No que diz respeito à intervenção com grupos, também Monteiro & Pagliuca (2008) no seu estudo concluíram que as fases do relacionamento interpessoal propostas na teoria de Peplau, também ocorrem no processo grupal com momentos sobrepostos e inter-relacionados, embora nem sempre se consiga prever o que acontece no grupo. Contudo, no caso de grupos permanentes e abertos, as fases de relacionamento podem não ocorrer sequencialmente. O autor ainda acrescenta que a relação enfermeiro-cliente é útil na condução do grupo, pois permite orientá-lo e auxiliá-lo na compreensão do processo terapêutico, bem como estabelecer uma relação saudável, o que consequentemente possibilita o desenvolvimento de cuidados eficazes, tornando esta teoria adequada às intervenções de grupo.

Tal como referimos anteriormente, para além das etapas da relação, Peplau identificou e conceptualizou os papéis do enfermeiro na relação interpessoal (Estranho, Pessoa de recurso, Professor, Líder, Substituto, Conselheiro e Especialista técnico), que no caso do EESMP, podem ser considerados de extrema relevância, uma vez que o papel de conselheiro, requer técnicas de comunicação terapêutica avançadas, permitindo a ampliação das vivências e

superação das dissociações, por forma a facilitar o processo de integração na consciência (Washington Pinheiro *et al.*, 2019).

Assim, interessa descrever sumariamente estes papéis para compreendermos a importância e papel do enfermeiro na relação terapêutica que os EESMP têm na relação com os adolescentes com comportamentos suicidários e na intervenção mediada pela expressão dramática.

De acordo com Howk (2004), o papel de estranho caracteriza-se pelo desconhecimento inicial entre enfermeiro/cliente, devendo o enfermeiro tratar o cliente com cortesia e sem julgamento ou pré-conceito, aceitando-o como pessoa e tratando-o como sendo emocionalmente capaz, até prova em contrário.

No papel de pessoa de recurso, a enfermeira deverá fornecer respostas específicas às questões colocadas, com informação sobre saúde e explicitando o tratamento ou plano de cuidados, determinando ainda o tipo de resposta adequado à aprendizagem construtiva.

Quanto ao papel de professor este caracteriza-se por ser uma combinação de todos os papéis e assume duas vertentes, a educativa, que consiste no fornecimento de informação, e a empírica, que consiste em usar a experiência de quem aprende como base a partir da qual se desenvolvem os produtos de aprendizagem, sendo que estes são generalizações e apreciações que o doente faz das suas experiências. Este papel sobrepõe-se ao papel de conselheiro, pois o enfermeiro utiliza o conceito de aprendizagem através de técnicas psicoterapêuticas.

A caracterização do papel de líder prende-se com o processo democrático em que o enfermeiro ajuda o cliente a cumprir as suas tarefas através de uma relação de cooperação e participação ativa. Pelo contrário, o cliente pode colocar o enfermeiro no papel de substituto, em que as formas de estar e os comportamentos do enfermeiro criam projeções de sentimentos, reativando sentimentos gerados numa relação anterior entre o cliente e outra pessoa. Neste papel, a função do enfermeiro é então ajudar o cliente a reconhecer e tomar consciência dessa situação, por forma a que este se aperceba das diferenças entre enfermeiro e a pessoa recordada, definindo áreas de dependência, independência e interdependência.

Quanto ao papel de especialista técnico este é demonstrado pelas competências clínicas e capacidade operacional no atendimento físico ao cliente.

Por fim e como enfoque principal na enfermagem psiquiátrica, o papel de conselheiro, funciona pela forma como os enfermeiros respondem aos pedidos dos clientes, sendo o propósito das técnicas interpessoais ajudar a que o cliente se lembre e compreenda o que lhe está a acontecer na situação atual, para que a experiência possa ser integrada em vez de dissociada, de outras vivências da sua vida (Howk, 2004). Já Washington Pinheiro *et al.* (2019), acrescenta que a escuta qualificada e a observação minuciosa precedem um aconselhamento,

uma vez que quando as ações dos enfermeiros se regem por técnicas de escuta predominantemente não diretivas e não moralizantes, os clientes tomam maior consciência de si mesmos, tornando-se isso terapêutico e esclarecedor.

Desta forma, também a personalidade do enfermeiro, as suas percepções e autoconhecimento, são fatores que influenciam o desempenho do papel de conselheiro, tal como refere Franzoi *et al.* (2016), nas fases das relações interpessoais, existem mudanças progressivas no papel do enfermeiro e da pessoa, que resultam no crescimento e amadurecimento pessoal de ambos.

Assim, concluímos que enquanto EESMP na nossa prestação de cuidados a esta população alvo, quer a nível individual, quer a nível grupal, podemos simultaneamente adquirir diferentes papéis e estar em diferentes fases da relação interpessoal, mas o que distingue os cuidados de especialidade, prende-se com a capacidade de análise, observação, compreensão e autoconsciência que vamos adquirindo com a prática clínica, por forma a garantindo o desenvolvimento de competências cada vez mais especializadas que possam dar resposta às necessidades reais dos adolescentes com comportamentos suicidários.

Percebemos ainda que a intervenção com o mediador expressão dramática pode ser uma possibilidade terapêutica útil, pois esta permite experienciar vivências de uma forma securizante para o adolescente e uma expressão verbal, emocional, expressiva e criativa, que possibilita a tomada de consciência de si mesmo e das suas relações com os outros, tornando-se terapêutica.

2. METODOLOGIA

Este capítulo destina-se à descrição do procedimento metodológico que permitiu a concretização do projeto de intervenção planeado entre Março e Junho de 2020, tendo sido iniciada a sua implementação a 23 de Novembro de 2020 e concluída a 16 de Abril de 2021, inicialmente em contexto ambulatorio e posteriormente em contexto de internamento, ambos na região de Lisboa.

Em primeiro lugar convém especificar que este é um projecto inspirado na metodologia investigação-ação, não se tratando de uma investigação qualitativa ou quantitativa, pois de acordo com Lewin (1946) citado por Latorre (2003) a investigação-ação começa com uma ideia geral acerca de uma temática de interesse sobre a qual se elabora um plano de ação, fazendo-se de seguida um reconhecimento do plano, com as suas possibilidades e limitações, para se colocar em prática o primeiro passo da ação e posteriormente avaliar o seu resultado. Assim, este descreve a investigação-ação como ciclos de ação reflexiva, em que cada ciclo é composto por uma série de passos: planeamento, ação e avaliação da ação.

Sendo este um projeto de intervenção, foi necessário recorrer a técnicas de investigação-ação que privilegiam a relação entre os participantes (adolescentes com comportamentos suicidários) e nós mesmos, pelo que a escolha recaiu preferencialmente na intervenção terapêutica mediada pela dramatização, como tentativa de aceder ao universo dos participantes e intervir sobre este, por forma a obter resultados na melhoria dos comportamentos observados.

Todos os instrumentos selecionados para a elaboração deste projeto, podem ser incluídos nesta metodologia e foram selecionados para dar resposta aos objetivos definidos para este estudo, pois, tal como refere Koerich *et al.* (2009), este tipo de investigação compreende um movimento circular de partilha, de subjetivação e participação coletiva, tendendo gradualmente a impor-se como um método de pesquisa na saúde e noutros setores sociais que procuram a transformação por meio de pesquisa e ação simultaneamente.

Deste modo, com base nestes pressupostos, percebemos que para a prática de enfermagem este tipo de metodologia torna-se facilitador do desenvolvimento de uma intervenção especializada mais sustentada e focada nas necessidades dos seus clientes, pois permite a aquisição de competências sobre um determinado fenómeno ou temática considerada, bem como o desenvolvimento de intervenções mais estruturadas e fundamentadas, com base na prática clínica.

Assim, neste projeto, a questão considerada foi perceber de que forma a expressão dramática pode contribuir para a melhoria do comportamento suicidário em adolescentes internados dos 10-17 anos, num serviço de pedopsiquiatria, na área de Lisboa.

Com a realização deste estudo e com a resposta a esta questão poderemos estar a contribuir diretamente para o interesse da disciplina e profissão de enfermagem, uma vez que o fenómeno em questão é uma dimensão do cuidar em enfermagem. Este pode permitir que nos apropriemos de um conhecimento mais profundo dos adolescentes com esta tipologia de comportamentos, por forma a que consigamos intervir com maior eficácia e personalização, contribuindo para a melhoria da saúde mental neste grupo etário e para a prevenção de futuros comportamentos suicidários nos mesmos.

Neste sentido, e sendo o cuidar a característica base da nossa profissão e aquilo que nos distingue de outras, importa evidenciar que na relação enfermeiro-grupo, a relação interpessoal assume extrema importância se for feita com um intuito terapêutico e por profissionais especializados, pois permite que os adolescentes com comportamentos suicidários possam ter uma relação significativa e de confiança para receber a ajuda necessária ao seu empoderamento e evoluir no seu processo de tomada de consciência com consequente melhoria do seu estado de saúde.

2.1.Caracterização dos contextos de estágio

Este projeto de intervenção foi desenvolvido em dois contextos distintos e com públicos alvo diferentes contribuindo, cada um deles à sua maneira, para a compreensão do fenómeno estudado. O primeiro contexto foi uma unidade de pedopsiquiatria de ambulatório da região de Lisboa e o segundo foi uma unidade de internamento de pedopsiquiatria, também na região de Lisboa.

2.1.1. Contexto de Ambulatório

Neste contexto a população alvo são crianças em idade escolar dos 3 - 13 anos.

O serviço é composto por uma equipa multidisciplinar constituída por: assistente social, pedopsiquiatras, psicomotricista, terapeuta da fala, psicólogos, assistentes operacionais, assistente técnica e EESMP.

As crianças normalmente são referenciadas ao serviço pelas escolas ou por instituições sociais da zona por problemas de socialização e da linguagem e a consulta de enfermagem é realizada quando é solicitada ou quando é discutido e decidido em reunião multidisciplinar, por se entender necessária uma intervenção familiar.

Assim, a intervenção de enfermagem, por parte do EESMP está mais voltada para a intervenção familiar. No entanto, este realiza intervenção em grupo com os pais das crianças

que têm perturbações da linguagem e socialização com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos. Os grupos são fechados, funcionam uma vez por semana, e têm a duração de um ano letivo.

2.1.2. Contexto de Internamento

Neste contexto a população alvo são crianças e jovens entre os 6 e os 18 anos.

O serviço caracteriza-se por regime de internamento fechado com possibilidade de licença de ensaio nalguns casos específicos e mediante decisão clínica. A sua missão é o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de crianças e jovens com perturbações ao nível da socialização associadas a insucesso escolar, perturbações do comportamento alimentar, comportamento aditivo, comportamentos suicidários e autolesivos, perturbações do desenvolvimento e primeiros surtos psicóticos. Para além da intervenção à criança/jovem é também feita intervenção com os pais.

Quanto à sua composição o serviço é composto por: enfermeiro coordenador, assistente social, pedopsiquiatras, enfermeiros de cuidados gerais, psicólogo, outros terapeutas e EESMP.

Neste local realizam-se intervenções terapêuticas individuais e em grupo, conforme as necessidades das crianças e jovens. As atividades passam pela expressão dramática, movimento e dança, culinária, psicoeducação, terapia pela arte e terapia pelo cinema. Os grupos são abertos e a participação é voluntária, apesar de os jovens/crianças serem convidados a participar para cumprimento do seu plano terapêutico.

Quanto à distribuição física do serviço, este dispõe de diferentes locais e equipamentos que são utilizados para diferentes finalidades: atividades de grupo, refeições, intervenções individuais e familiares, atividades multimédia, realização de contenção entre outras.

Neste contexto a metodologia de trabalho é mista entre o trabalho de equipa e o enfermeiro de referência, ou seja, todos prestam cuidados, mas cada jovem tem um médico assistente e enfermeiros de referência a quem pode recorrer. Este modelo promove a aliança terapêutica que serve de pilar para o cumprimento do plano terapêutico individual, definido em reunião multidisciplinar no serviço.

2.2.Objetivos

Os objetivos delineados para este projeto de intervenção foram os seguintes:

- Adquirir competências especializadas na intervenção com adolescentes com comportamentos suicidários;

- Caracterizar e identificar os comportamentos suicidários destes adolescentes;
- Desenvolver intervenções de grupo e individuais no âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico a crianças e adolescentes;
- Utilizar a expressão dramática como mediador expressivo, enquanto intervenção psicoterapêutica;
- Explicitar o papel do EESMP no tratamento dos adolescentes com comportamentos suicidários em regime de internamento.

2.3.Participantes

Neste projeto o grupo que participou da atividade expressão dramática foi heterogêneo e aberto, uma vez que esta atividade é aberta a todas as crianças/jovens internados no serviço, que cumpram os critérios de participação em atividades de grupo.

Os critérios de exclusão dos jovens nas atividades de grupo prenderam-se com critérios clínicos, como por exemplo alterações cognitivas, agitação psicomotora, entre outros, e com o projeto terapêutico delineado para cada um deles.

Assim, tendo em conta o contexto do projeto, apenas foram considerados os jovens internados, numa unidade de internamento de pedopsiquiatria da área de Lisboa, com idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos.

2.4.Instrumentos e Intervenções Programadas

A execução deste trabalho socorreu-se de diversos instrumentos que permitiram a concretização do mesmo.

Tendo em conta os objetivos delineados os instrumentos utilizados foram:

- Programa de Intervenção com recurso à expressão dramática:

O programa de intervenção foi discutido e aprovado pelos enfermeiros orientadores, assim como pelos restantes enfermeiros do serviço, tendo sido planeado e construído para dar resposta aos objetivos.

Este teve em consideração a componente teórica e os fatores de risco para os comportamentos suicidários, na tentativa de permitir trabalhar algumas dessas questões num ambiente seguro e terapêutico, assim como, permitir aos adolescentes desenvolver a consciência de si mesmos, no sentido de poderem adquirir estratégias úteis para a sua vida e para a melhoria da sua saúde mental.

No entanto, algumas das temáticas foram também de encontro às necessidades identificadas pelos próprios jovens, quando lhes foi pedido para sugerirem temáticas que gostariam de abordar.

O planeamento das sessões teve em conta as necessidades dos jovens e a articulação com a teoria, o que nos parece enriquecer a programação elaborada, bem como, a mobilização de mediadores expressivo-artísticos como a escrita, o movimento, a música, o jogo e a expressão dramática com técnicas de dramatização. Estes mediadores foram essenciais para tornar visível o mundo interior dos jovens e permitir a cada um deles, na medida do possível, tomarem consciência de si mesmos e do mundo que os rodeia.

Assim, o programa de intervenção contemplou oito sessões na unidade de internamento, uma vez que a atividade expressão dramática era exclusiva desta unidade e realizava-se uma vez por semana, com duração aproximada de 1h30.

O objetivo de cada sessão, para além dos definidos em cada uma delas, foi contribuir para a melhoria do desenvolvimento dos jovens nas dimensões emocional, cognitiva e social, tendo por base a evidência científica e as necessidades nela identificadas.

Cada uma das sessões é composta por quatro momentos: o aquecimento geral ou inespecífico, o aquecimento específico, a dramatização e, por último, o momento de partilha.

Em cada sessão, houve a preocupação de abordar contextos e situações específicas que estão na base das necessidades afetadas dos jovens, no que diz respeito aos comportamentos suicidários, tendo sido definidas as seguintes temáticas:

- Angústia de separação;
- Família em confinamento;
- Re(conhecer) as emoções;
- Autoestima (2 sessões);
- Eu e tu! Como ser? Como estar? (Relações com os pares);
- Como expressar-me? (Comunicação);
- A Alta (Preparação para a alta).

A intervenção dirigida a diferentes contextos e temáticas permite-nos uma melhor compreensão da problemática pelo que essa também foi uma das razões que nos levou a considerar diferentes temáticas e contextos dramáticos.

A sequência de temáticas também nos pareceu a mais lógica, tendo em conta uma perspetiva histórica e temporal da própria dinâmica de crescimento, no sentido em que crescemos em família e sociedade. Ou seja, num primeiro momento o bebé desenvolve-se e vai aprendendo com os pais, nos primeiros estágios de desenvolvimento, não distinguindo a mãe dele próprio, até que, com o tempo e crescimento, vai evoluindo para a construção da sua

identidade e inicia o processo de individuação, que neste caso surge como “a alta”, não porque o processo termine aqui, mas porque há uma percepção de que há uma transição a fazer e que o futuro depende das aprendizagens e tomadas de consciência que foram adquiridas.

Em suma, todo o programa de intervenção foi construído com base na reflexão, necessidades e articulação da teoria e prática, tendo em conta alguns dos fatores de risco dos comportamentos suicidários nos adolescentes, tal como referido anteriormente, com o objetivo maior de ajudar os jovens com esta tipologia de comportamentos a lidar consigo mesmos e melhorar as relações com os outros, tendo em conta as diferentes dimensões e contextos da vida.

- Entrevistas informais:

Ao longo do estágio de internamento foram realizadas algumas entrevistas informais aos jovens com comportamentos suicidários, no sentido de poder conhecer melhor as suas realidades e entender alguns aspetos da sua personalidade e dos seus contextos de vida, bem como conhecer os seus comportamentos, pois tal como refere Gil (2008), este tipo de entrevista, sendo o menos estruturado possível e com o objetivo básico de colheita de dados, visa abordar realidades pouco conhecidas pelo entrevistador e oferecer uma visão aproximada do problema pesquisado, que nas questões de certos problemas psicológicos, é importante, pois permite aceder à informação expressa livremente pelo entrevistado no que diz respeito às suas opiniões, factos, motivações e atitudes que constituem o seu contexto face à problemática.

- Observação Direta:

Durante o estágio a observação direta foi um instrumento constante e importante para conhecer as posturas, comportamentos e dinâmicas relacionais dos jovens com comportamentos suicidários. Este instrumento é relevante, pois conforme refere Ades (1976) a observação direta contribui para a definição de respostas selecionadas para o estudo, porque pode fornecer informações importantes acerca de respostas irrelevantes que alguns registos mais tradicionais ignoram, dando contributos para a interpretação dos fenómenos.

Assim, poder retirar elementos da observação direta, contribui para o enriquecimento da recolha de dados, permitindo dar respostas importantes para a concretização dos objetivos e para a avaliação das necessidades dos participantes.

- Jornais de Aprendizagem:

Este instrumento foi importante para poder tomar consciência de mim mesma, da minha intervenção, postura, pensamentos, emoções e sistema de crenças, para além de contribuir para

a integração de conhecimentos entre teoria e prática, bem como avaliar o que poderia fazer diferente para evoluir enquanto profissional. Os jornais de aprendizagem foram elaborados na sequência de momentos marcantes e significativos ao longo do percurso de aquisição de competências.

Conforme refere Billings (2006), os jornais são documentos escritos utilizados para estimular a aprendizagem e elevar a consciência ao nível do sistema de crenças da pessoa, dos seus valores e práticas, assim como dos seus pacientes e colegas, podendo estes assumirem uma forma reflexiva e de diários de aprendizagem, com o propósito de ajudar os próprios a identificarem os seus valores e ações, relacionarem a teoria com a prática e através da reflexão demonstrarem como estão a atingir os resultados e competências profissionais.

Neste sentido, os jornais de aprendizagem realizados seguiram a metodologia do Ciclo de Gibbs, que se divide em 6 etapas: descrição da situação; sentimentos e emoções experienciados; avaliação dos aspetos positivos e desafiantes da experiência; análise da aprendizagem que pode ser retirada da experiência vivida; conclusão do que poderia ter feito diferente e, por fim, definição do que poderia fazer em situações futuras, de modo a adquirir clareza e integração dos conhecimentos e comportamentos para a prática profissional futura, bem como desenvolver um pensamento crítico e flexível (Beam, O'Brien, & Neal, M. (2010)).

- Realização de Estudo de Caso

No estágio foi realizado um estudo de caso, uma vez que este instrumento, de acordo com Ventura (2007), tem como característica a possibilidade de estudar uma unidade devidamente contextualizada e delimitada, com o intuito de perceber o que o caso representa dentro do todo e a partir daí, e não apenas o caso isolado como se fosse algo à parte. Este, teve como referencial teórico o modelo de Betty Neuman e o plano de cuidados foi definido tendo em conta a taxonomia da NANDA, NIC e NOC.

- Participação em Reuniões Multidisciplinares:

No decorrer dos estágios houve oportunidade de poder participar em várias reuniões multidisciplinares com uma abordagem psicodinâmica. Estas, foram úteis para conhecer alguns casos clínicos, compreender melhor a realidade das crianças/jovens e as suas dificuldades, bem como identificar potenciais fatores de risco subjacentes à problemática dos comportamentos suicidários e definição de planos de intervenção, tendo em conta as apreciações efetuadas pelos diferentes membros da equipa.

- Consulta de Documentação (registos clínicos médicos e de enfermagem):

Os registos clínicos, quer médicos, quer de enfermagem e também de outros terapeutas que constituem a equipa multidisciplinar, constituem-se como fonte de informação que pode ser recolhida e trabalhada, pelo que é essencial também saber analisar e identificar os dados que neles constam. Desta forma, estes constituem-se com o um recurso essencial na recolha de dados.

2.5.Explicitação e análise das intervenções desenvolvidas

A realização deste projeto de intervenção permitiu a recolha de dados que resultaram da análise de registos de enfermagem, da recolha de informações das reuniões multidisciplinares e de documentos dos processos clínicos dos jovens, bem como, das reflexões efetuadas nos jornais de aprendizagem e especialmente do programa de intervenção anteriormente explicitado.

Este capítulo encontra-se dividido de acordo com o contexto de estágio, uma vez que, cada um deles contribui de forma diferente para a concretização dos objetivos.

O primeiro contexto foi o comunitário, que como já vimos anteriormente, teve como população alvo crianças entre os 3 e os 13 anos, o que pela diferenciação da população, permitiu apenas fazer inferências relativas aos potenciais problemas que possam contribuir para o desenvolvimento de comportamentos suicidários, tal como explicitado na fundamentação teórica.

O segundo contexto foi o de internamento, onde houve efetivamente contacto e foi desenvolvido o programa de intervenção com a população alvo do projeto recorrendo à expressão dramática como mediador expressivo.

Assim, iremos destacar este segundo contexto no que diz respeito à análise dos dados em resposta aos objetivos definidos.

2.5.1. Intervenção desenvolvida em comunidade

O contexto comunitário, embora não tenha uma relação direta com este projeto, dada a diferenciação da sua população alvo, foi uma mais-valia para a compreensão do fenómeno no que diz respeito às estruturas familiares e aos fatores de risco ambientais, tendo ainda contribuído para o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais com as famílias e crianças com perturbações do desenvolvimento e da linguagem.

Isto porque, de acordo com Sousa *et al.* (2018), o suicídio em crianças, é ainda um fenómeno desconhecido, mas que parece ser consequência de um conjunto de fatores de risco, tais como, dificuldades escolares, baixa autoestima, problemas familiares, problemas cognitivos, *bullying*, transtornos psíquicos e dependências.

Como tal, entender as estruturas familiares, o contexto da criança e os seus problemas de desenvolvimento e socialização, pode levar a uma intervenção preventiva mais eficaz e dirigida aos comportamentos suicidários, para que haja uma prevenção efetiva e um foco de atenção face a qualquer sinal de alerta na primeira infância. Conforme nos refere Sousa *et al.* (2018) existe uma evidência da necessidade de “maior incidência na divulgação de programas de prevenção primária adaptados e integrados numa estratégia eficaz e abrangente envolvendo os agentes educativos e os contextos preferenciais de vida da criança e/ou adolescente.” (p.111).

Desta forma, poder estagiar e intervir neste contexto enriqueceu a minha aprendizagem na aquisição de competências de EESMP, especialmente no que diz respeito à intervenção familiar e promoção da saúde mental, assim como na realização de psicoeducação aos pais que lidam com problemas de saúde mental dos filhos.

Inicialmente pude acompanhar a enfermeira orientadora nas consultas realizadas com os pais destas crianças, uma vez que a sua formação de especialidade inclui a intervenção familiar. Posteriormente tive oportunidade de realizar consultas presenciais e telefónicas com a mãe de uma criança de 5 anos, com perturbação do desenvolvimento e da linguagem.

As consultas telefónicas assumiram especial relevância na medida em que o estágio foi realizado no decorrer da 2ª vaga da pandemia por COVID19, o que condicionou de forma acentuada o serviço, dado os riscos de contágio, embora todas as precauções de segurança fossem sempre tidas em consideração.

Foi decisão do serviço limitar os contactos presenciais ao mínimo essencial, o que trouxe diversas limitações e desafios à intervenção. Houve ainda períodos, em os próprios pais também não compareciam às consultas presenciais por receio de contágio, o que dificultou a realização das atividades diárias do serviço.

No entanto, apesar das contingências, foi possível colaborar com a equipa multidisciplinar e participar no planeamento e organização dos grupos terapêuticos de crianças com perturbações da linguagem e socialização, e nos grupos dos seus pais.

Inicialmente foi feita uma tentativa de se iniciar o grupo via digital, através de plataforma digital, mas dadas as especificidades clínicas destas crianças, das condições dos pais e dos dispositivos informáticos do serviço, foi necessário suspender o início dos grupos terapêuticos, pois os problemas suplantavam os benefícios.

Assim, não foi possível ter intervenção com grupos neste contexto digital, a não ser este primeiro momento, que foi um teste em que houve uma apresentação formal dos membros da equipa e em que iríamos apresentar a organização e planeamento da intervenção.

Apesar de tudo, foi um bom momento para nos apercebermos das dificuldades destes pais e destas crianças neste novo contexto pandémico de isolamento social.

Independentemente destas dificuldades gostaria de destacar dois momentos de interação que considero importante apresentar, pela riqueza e desafio que trouxeram à minha prática clínica.

Momento 1 – Consultas com os pais do António

Quanto às consultas que realizei com a mãe do António, verifiquei que dado o nosso contexto geográfico e cultural, cada vez temos mais desafios e será importante apercebermos da diversidade multicultural que existe no nosso país.

Isto pode tornar-se um desafio para a nossa intervenção, uma vez que temos um cada vez maior número de emigrantes que acabam por constituir família e, no que diz respeito à saúde mental, poderão existir dificuldades acrescidas para estas crianças e adultos no que toca à rede de apoios, aculturação, língua e educação, podendo condicionar o desenvolvimento e a linguagem nas crianças, assim como aumentar os problemas de socialização, especialmente se as culturas de origem forem muito opostas.

No entanto, cabe-nos a nós, enquanto enfermeiros e enfermeiros especialistas, ter estas questões presentes na nossa intervenção, pois o que é “normal” para nós, poderá não ser o “normal” para os outros e parte da nossa competência passa por conseguirmos adaptar-nos e exercitarmo-nos no que diz respeito a esta realidade.

Com base neste pressuposto realizei a consulta de enfermagem em inglês com esta mãe que só falava a sua língua natal e inglês, pois era de outra nacionalidade. Desta forma, conseguimos perceber que esta família vivia um período atribulado, pois o marido estava em lay-off, dada a situação pandémica, tendo os rendimentos familiares reduzidos e tomámos conhecimento que a rede de suporte social e familiar era praticamente inexistente.

O António, com 5 anos, estava com dificuldades na escola e apresentava alguns comportamentos de oposição e isolamento, bem como, alguma dificuldade na aquisição da linguagem e, por esse motivo, estava a ser acompanhado na pedopsiquiatria.

Este caso foi fundamental para poder compreender os sinais e sintomas dos problemas de saúde mental das crianças e perceber a influência dos contextos e das vivências de vida na saúde mental das pessoas, pois a abordagem psicodinâmica dá-nos uma visão compreensiva acerca

dos fenómenos e dos impactos destes na estruturação da personalidade e como influenciam o desenvolvimento das crianças.

Desta forma, verificamos que um contexto pode ser estruturante ou não, funcionando como fator protetor ou fator de risco para as patologias psiquiátricas, pelo que é importante mesmo durante as consultas com os pais destas crianças, podermos ter momentos em que fazemos psicoeducação acerca do estabelecimento de uma relação segura e promotora de autoestima dos filhos.

Estas intervenções encontram-se descritas em pormenor no estudo de caso e nos jornais de aprendizagem realizados no decorrer do estágio, e incluem as reflexões das interações de acordo com o Ciclo de Gibbs. No entanto, os registos escritos referentes a estes momentos, não são apresentados na íntegra por questões de anonimato e confidencialidade de dados.

Momento 2 – Consulta com a Maria

Houve ainda a possibilidade de realizar uma consulta de enfermagem com uma criança com 5 anos, sendo esta a 1ª consulta da menina na unidade. Enquanto a médica fazia a consulta de avaliação inicial com a mãe houve oportunidade de poder ter uma intervenção diagnóstica com a menina.

Na realização da consulta foram utilizados os seguintes mediadores: o brincar, o faz de conta e o desenho. Foi das experiências mais enriquecedoras que pude ter enquanto futura enfermeira especialista, pois foi-me confiada a responsabilidade de poder estar em interação sozinha. Esta permitiu-me estabelecer uma relação com uma criança e perceber as dificuldades e problemas que poderiam existir.

Foi extremamente desafiante e exigente, pois nunca trabalhei em psiquiatria, nem em pediatria e agora estas duas áreas juntavam-se e era preciso dar resposta. Imediatamente pensei que a melhor forma de chegar ao mundo interno da menina seria através do brincar, pelo que utilizei a brincadeira para conhecer um pouco mais da realidade desta criança.

Foi importante perceber neste caso, e após discussão com a médica, depois da consulta que teve com a mãe, que as experiências anteriores dos pais podem condicionar as relações com os seus filhos e o quanto as projeções e expectativas dos pais podem influenciar os comportamentos das crianças, impactando o seu desenvolvimento e a sua saúde mental.

Para além disso foi surpreendente perceber o quanto um jogo, uma construção de lego ou um desenho pode ser revelador do que se passa dentro do seio familiar, pois durante a intervenção a criança ficava mais fechada cada vez que se tocava nos aspetos mais sensíveis e difíceis para ela e que foram validados pela mãe na consulta com a pedopsiquiatra.

Foi também importante perceber que quando uma criança se sente segura, a sua postura muda e apresenta-se mais relaxada, aproveitando o momento com alegria e surpresa, o que nos serve de chamada de atenção quando vemos a sua postura mudar diante duma mãe, mais controladora, assumindo a criança também um papel mais controlador nas brincadeiras.

Neste caso percebeu-se que a mãe, por ter tido antecedentes pessoais de anorexia nervosa, projetava a sua experiência na sua relação com a filha, fazendo a gestão da relação girar em torno da comida, por medo de que a mesma possa ter esse diagnóstico.

Assim, percebemos que o estado de saúde mental dos pais pode também contribuir como fator protetor ou de risco para o desenvolvimento, mais ou menos saudável da criança e pode ter impacto na saúde mental dos filhos, pela convivência familiar diária, influenciando o ambiente externo da criança, pelo que a psicoeducação destes pais também assume extrema importância.

Neste sentido, de acordo com Nogueira *et al.* (2017), a psicoeducação é uma técnica de intervenção útil e funcional em diversos âmbitos, que envolvam a necessidade de informação, orientação e quando existe necessidade de mudança no campo cognitivo e comportamental, pelo que esta poderá ser realizada em grupo ou individual com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, contribuindo para mudanças significativas do estilo de vida, aumento da autoestima e bem-estar.

Tendo em conta esta vertente essencial da psicoeducação fica inevitavelmente visível que a consulta de enfermagem com os pais é essencial, pois a saúde mental das crianças também é influenciada pelo contexto familiar. Este pode ser fonte de stress e conflito, exercendo um peso negativo na criança, podendo tornar-se um fator precipitante de sofrimento psicológico, que com o decorrer do tempo e com a continuidade pode condicionar o surgimento de uma doença mental, caso a criança não disponha de ferramentas internas e apoios externos que a possibilitem lidar com essas vivências.

Por fim, neste contexto foi muito importante e enriquecedor poder fazer parte das reuniões multidisciplinares semanais, onde eram discutidos casos clínicos e se definiam estratégias de intervenção tendo em conta a apreciação clínica de todos os profissionais presentes.

Fazer parte destas reuniões contribuiu para o desenvolvimento de competências no que diz respeito à relação com pares, aquisição de novos conhecimentos e aprofundamento de outros, em especial no que respeita às intervenções que podem ser realizadas e em que o foco é a criança e família, trabalhando em conjunto e cooperação com outros profissionais.

2.5.2. Intervenção desenvolvida em Internamento de Pedopsiquiatria

O contexto de internamento foi o que mais contribuiu para a concretização deste projeto, no sentido em que foi o que permitiu fazer a caracterização dos comportamentos suicidários dos jovens e implementar o programa de intervenção da expressão dramática.

As entrevistas informais, a consulta de documentação e registos clínicos médicos e de enfermagem, bem como a observação direta, foram os instrumentos que contribuíram para a caracterização dos comportamentos suicidários dos adolescentes internados na unidade de internamento.

Posto isto, este capítulo foi dividido em três momentos: no primeiro, faço a apresentação de um momento de interação que tive oportunidade de vivenciar na urgência e que foi marcante para o desenvolvimento de competências; no segundo faço uma apresentação e análise da caracterização dos comportamentos demonstrados pelos adolescentes no que diz respeito a esta temática e, por fim, no terceiro momento faço a apresentação e análise dos dados obtidos com o programa de intervenção com recurso à expressão dramática.

Nota: os registos escritos referentes a estes momentos, não são apresentados na íntegra por questões de anonimato e confidencialidade de dados.

Momento 1 – Momento de interação com Madalena

A meu ver, interessa apresentar este momento marcante da minha intervenção, pois foi mais uma oportunidade de desenvolvimento de competências no que diz respeito à intervenção psicoterapêutica.

Esta situação foi vivenciada no contexto de urgência, quando me foi dada a oportunidade de passar um dia nesse local e em que houve esta oportunidade de assistir a uma consulta de urgência e ter um momento de interação com a Madalena de 5 anos.

O contributo desta aprendizagem foi importante, pois permitiu-me observar presencialmente a relação entre criança e mãe, numa consulta de pedopsiquiatria de urgência e posteriormente ter uma intervenção de âmbito psicoterapêutico com a criança a sós, uma vez que até então, não me tinha sido possível observar esta interação, dado o contexto limitado de visitas presenciais no internamento por causa do contexto pandémico.

No internamento as visitas eram feitas através de videochamada e não foi possível ter esta experiência, pelo que resolvi agarrar a oportunidade. Neste sentido, foi interessante poder observar o comportamento e ouvir as “queixas” da mãe da menina e perceber que o estado emocional dos pais também interfere com a sua capacidade de providenciar um ambiente protetor e seguro para o bom desenvolvimento psico-emocional da criança.

Neste caso, o histórico de antecedentes pessoais da mãe da menina exercia um peso relevante na relação que a mesma tinha com a sua filha e no desenvolvimento da relação das duas. Ficou claro que o estado emocional da mãe que referiu estar esgotada e não aguentar mais, condiciona a sua forma de olhar e compreender a filha.

A menina apresentava comportamentos de oposição e fazia birras, para chamar a atenção da mãe, para que esta a “visse” e interagisse consigo, apresentando ao início um fâcies apreensivo e tenso, olhando para a mãe como que a pedir validação de tudo o que respondia quando era questionada.

A mãe estava tão imersa nas suas coisas que não observava nem elogiava a filha, ficando surpreendida por naquele momento da intervenção ter descoberto algo de novo que nunca tinha visto anteriormente. O discurso da mãe na consulta era baseado em tudo o que de mal a filha fazia e em como já não aguentava esses comportamentos, porque estava exausta, pelo que no fim agradeceu ter tido oportunidade de estar um pouco a sós sem a filha.

Esta situação torna-se relevante, pois podemos imaginar com o decorrer do tempo e da manutenção dos comportamentos parentais que este pode ser um potencial fator de risco para o desenvolvimento de uma perturbação mental, no sentido em que pode existir um comprometimento da autoestima desta criança, assim como ficar com a percepção que não é vista e nem é amada, podendo vir a sentir-se desesperançada face à vida, triste e com raiva. Estes sentimentos, conforme iremos verificar mais à frente, podem ser potenciadores de comportamentos suicidários, caso a criança não tenha fatores protetores na sua vida, pelo que é importante intervir no momento em que tomamos consciência desta situação.

Momento 2 – Caracterização dos comportamentos suicidários dos adolescentes no internamento

No que decorrer do estágio houve oportunidade de contactar com adolescentes, com idades compreendidas entre os 10 e os 17, conforme referido anteriormente, com comportamentos suicidários, que conforme o referencial teórico apresentado, vão desde a ideação suicida passando pelo plano e tentativa de suicídio.

Tendo em consideração esta questão, verificou-se que este tipo de comportamentos foi apresentado maioritariamente por adolescentes do sexo feminino, tendo em conta que ao longo do período de estágio os jovens internados com comportamentos suicidários, 17 eram do sexo feminino e apenas 3 eram do sexo masculino. Destes 3 jovens do sexo masculino, apenas um foi internado devido a tentativa de suicídio e os outros 2 apenas apresentavam ideação suicida. Esta tentativa de suicídio foi uma defenestração em contexto de conflitos familiares. No que diz respeito às 17 jovens do sexo feminino, 9 realizaram tentativas de suicídio e 8 apresentaram

ideação suicida. No que diz respeito às tentativas de suicídio das 9 jovens, 8 delas foram efetuadas recorrendo à ingestão voluntária de medicamentos e 1 foi uma defenestração.

Quanto às ideias de suicídio estas prendem-se com a verbalização da vontade de morrer ou desaparecer, com ou sem plano estruturado, por diferentes motivos, como se verifica nestas expressões dos vários jovens: “*tenho vontade de me atirar de um penhasco...*” (sic), “*não quero matar-me, mas às vezes sinto que é a única solução para a minha angústia...*” (sic), “*pensei que ninguém ia sentir a minha falta...*” (sic), “*não estou cá a fazer nada...*” (sic), “*pensei em atirar-me para a linha do comboio...*” (sic), “*sinto-me muito sozinha...à noite sinto um grande vazio, vontade de me matar...*” (sic).

A estes pensamentos foram ainda associados sentimentos e emoções de desesperança, angústia, medo, raiva, solidão, tristeza, ansiedade, infelicidade, culpabilização, insegurança e desvalorização sobre si mesmos. Muitos destes jovens demonstraram estas emoções verbalmente e de forma não verbal na interação entre os pares e os profissionais.

A sua postura era muitas vezes retraída, com ombros descaídos, com olhar distante, com fraco contacto visual direto, por vezes isolando-se nos momentos de socialização e frequentemente também assumiam postura tensa e inquieta. Alguns apresentavam ainda uma proximidade com outros jovens com o mesmo tipo de comportamento, que tinha de ser gerida pelos profissionais por forma a ajustarem o comportamento e o discurso, que por vezes, era potenciador dos pensamentos ruminantes que apresentavam face à vontade de morrer.

Foi necessário recorrer a momentos de intervenção individual com alguns jovens no sentido de ajustarem o seu comportamento e incentivar a procura de ajuda junto dos profissionais de referência que têm competências para os ajudar. Estes momentos de intervenção individual eram excelentes momentos de colheita de dados e o seu objetivo era promover o *insight*, dar suporte emocional e tornar consciente as dificuldades do momento presente para que pudessem lidar com as suas emoções e sentimentos. Em determinados momentos ainda era possível desafiar o jovem a fazer uma atividade individual com um objetivo psicoterapêutico.

Por outro lado, havia momentos programados de intervenção individual com o enfermeiro de referência de cada jovem, que tinham como objetivo gerir o plano terapêutico e promover a relação terapêutica. Pelo facto de ser aluna da especialidade tive oportunidade de observar estes momentos e apreciar os comportamentos e postura de uma das jovens com ideação suicida.

Estas intervenções foram úteis, pois permitiram-me perceber que, no caso desta adolescente, havia verbalização de idealização suicida por sentimentos de desesperança, angústia, sofrimento psicológico, zanga, raiva e culpabilização associadas às vivências familiares e escolares, pois havia conflitos com a mãe, irmã e, pela mudança de residência

geográfica, havia um progressivo isolamento social em relação aos pares, não tendo havido uma adaptação ao novo meio social.

O ambiente em casa muitas vezes era pouco contentor e pouco seguro na sua perceção, pois com todos os conflitos referidos e com o pai ausente, inconscientemente era levada a castigar-se a si mesma, como forma de magoar os outros, tal como se verificava no seu comportamento e discurso.

A sua postura era frequentemente cabisbaixa, encolhida, tensa, com movimentos de fricção das mãos e com discurso com agressividade latente e ideação suicida, referindo “...*eu não aguento mais...eu não estou aqui a fazer nada...já não aguento mais...prefiro morrer a ter de comer...*” (sic).

Apesar desta jovem ter ideação suicida apresentava também uma perturbação do comportamento alimentar, o que nos indica que estes tipos de comportamentos são complexos e multifatoriais, tal como revisto na fundamentação teórica.

Assim, no que diz respeito aos fatores potencialmente precipitantes deste tipo de comportamentos, foram identificados pelos vários jovens ao longo do internamento: situações de *bullying* em contexto escolar e familiar, conflitos familiares, comportamentos aditivos na família nuclear; perdas de familiares de referência e separações de pessoas significativas; alterações de contexto social como mudanças de região geográfica; alucinações auditivas e o confinamento devido à pandemia por COVID19, que trouxe um intensificar das vivências dos contextos familiares e uma redução dos fatores protetores como referido pelos jovens mais à frente.

Estes dados, foram de encontro aos dados fornecidos pela literatura acima referenciada e corroboram a necessidade de realização de atividades terapêuticas dirigidas a esta população por parte dos enfermeiros especialistas, pois não podemos perder a oportunidade de intervir atempada e precocemente no internamento, sob pena de estes comportamentos também evoluírem para a concretização do suicídio aquando da alta.

Momento 3 – Implementação do programa de intervenção com recurso à expressão dramática em adolescentes dos 10 aos 17 anos.

O programa de intervenção pretendeu dar resposta às necessidades dos jovens com comportamentos suicidários que estavam internados, no entanto, dadas as especificidades do contexto, que nos “obriga” a que o grupo terapêutico seja aberto, houve necessidade de este se adaptar a esta característica.

Os participantes foram informados do programa e os registos foram efetuados criteriosamente após as sessões, de acordo com os requisitos éticos e deontológicos a que a

profissão está sujeita diariamente na prática clínica. Contudo, não é possível apresentar todos registos por questões de anonimato e confidencialidade de dados. Assim, os registos apresentados foram os mais relevantes e demonstrativos face aos objetivos delineados para as sessões terapêuticas mais relevantes.

A participação dos jovens esteve ainda condicionada com as próprias dinâmicas do serviço e com o seu estado clínico, pelo que as sessões não contiveram sempre o mesmo número de jovens, nem a mesma duração, podendo haver uma variação de 15 a 30 minutos, consoante a necessidade das rotinas do serviço.

As sessões foram elaboradas com recurso a várias técnicas de intervenção mantendo os princípios da terapia de grupo e adaptadas em função dos objetivos específicos das sessões, tendo ainda em consideração as situações clínicas dos adolescentes e as contraindicações para a participação na atividade de expressão dramática.

O grupo terapêutico para além de ser aberto, conforme já referido anteriormente, apresenta grande rotatividade e é heterogéneo no que diz respeito à gravidade e diversidade patológica.

De seguida passo a apresentar as sessões mais significativas e os seus resultados de forma sumária, encontrando-se as restantes em apêndice conforme referi anteriormente.

Sessão nº1 – “Angústia de Separação”

Esta sessão teve como objetivos terapêuticos: estimular a coesão grupal e sentimentos de pertença; favorecer a reflexão acerca das emoções associada a separação; identificar momentos de separação potenciadores de angústia; promover e incentivar a expressão emocional associada a situações de separação; promover o insight acerca dos recursos individuais dos jovens; contribuir para o desenvolvimento de estratégias para lidar com a angústia de separação; promover a criatividade e espontaneidade.

O aquecimento geral consistiu numa reunião com o grupo em que se fez a integração dos novos elementos do grupo e se fez uma revisão dos acontecimentos da sessão anterior. Quanto ao aquecimento específico, este consistiu no jogo da “pista de obstáculos” em que se solicitou ao grupo que ficasse à porta da sala e se organizasse em pares, enquanto se preparava a sala com um circuito de obstáculos (cadeiras, colchões, puffs).

Entretanto, os pares decidiram quem seria o elemento que estaria vendado, enquanto o outro elemento seria o orientador do percurso e colocaram a venda e se atou o pé de cada um dos elementos, com um cordel, por forma a estarem conectados e juntos.

De seguida os pares percorreram o espaço em conjunto, através do circuito de obstáculos. O processo foi repetido em conjunto sem a venda e trocando a venda para quem quisesse. No final, o percurso foi feito individualmente e sem venda.

Na dramatização foi solicitado aos jovens que se organizassem em 2 grupos. O grupo 1 dramatizou uma situação vivencial em que foi difícil separarem-se de pessoas significativas, utilizando todos os elementos do grupo. O grupo 2, que ficou a observar, organizou-se após a primeira dramatização e recriou a situação, transformando-a no sentido positivo, ou seja, dramatizou o mesmo momento, mas em que foi visível a facilidade da separação. Depois foi feito o mesmo com a situação escolhida pelo grupo 2.

No momento de partilha os jovens falaram das experiências vividas ao longo da atividade, bem como da forma como se sentiram, quais as estratégias e recursos facilitadores dos momentos de separação e foi dado reforço positivo às partilhas realizada.

Nesta sessão, os adolescentes com comportamentos suicidários participaram com investimento na parte da ação, mas alguns demonstraram maior dificuldade na fase de reflexão e partilha, fechando-se mais. Dos 6 adolescentes presentes na sessão com esta tipologia de comportamentos, 4 deles referem ter dificuldade na separação de pessoas significativas e partilham, que: *“é mais fácil ultrapassar os obstáculos sozinha...mas sinto-me melhor a fazê-lo com o outro ...não me sinto tão sozinha...”* (sic), *“quando entrei na escola nova foi difícil de separar-me da minha mãe...”* (sic), *“é difícil separar-me dos meus amigos...”* (sic).

No entanto, enquanto grupo conseguiram dramatizar de forma positiva a vivência da separação, aproveitando as estratégias que alguns foram indicando para lidar com a situação e poderem experienciar essa vivência.

Sessão nº2 – “Família em Confinamento”

Esta sessão teve como objetivos terapêuticos: estimular a coesão grupal e sentimentos de pertença; favorecer a reflexão acerca das dinâmicas familiares; identificar alterações nas dinâmicas familiares antes e depois do confinamento; promover e incentivar a expressão emocional de situações de dinâmicas familiares vivenciadas; promover o insight acerca dos recursos individuais dos jovens; contribuir para o desenvolvimento de estratégias para lidar com os conflitos familiares; promover a criatividade e espontaneidade.

O aquecimento geral consistiu numa breve reunião com o grupo em que se fez a integração dos novos elementos do grupo e se fez uma retrospectiva da sessão anterior, seguida da colocação da música “inquietação” dos Amor Electro. Ao som da música o grupo circulou pela sala e ir foi-se movimentando ao som da música expressando o que for sentindo através do movimento e de acordo com a música.

Quanto ao aquecimento específico, foi utilizado o jogo “o antes e o agora” que consistiu na escrita, em duas cartolinas coloridas colocadas na parede do ginásio, de palavras associadas às vivências individuais com a família antes do confinamento (cartolina do “antes”) e depois do confinamento, imediatamente antes de terem sido internados (cartolina do “agora”), sem limite de palavras. No final foram convidados a partilhar as suas palavras e indicar o motivo da sua escolha.

A dramatização foi feita pegando numa situação descrita nesta partilha por uma das jovens com comportamentos suicidários. Esta escolheu os jovens para interpretarem os personagens que integravam a situação e foi feita a dramatização utilizando as técnicas de troca de papéis, solilóquios e duplo.

No momento da partilha os adolescentes falaram das experiências vividas ao longo da dramatização e a forma como se sentiram ao longo da sessão, bem como conseguiram ser contentores da experiência dramatizada, partilhando estratégias e recursos facilitadores das dinâmicas familiares. As partilhas foram reforçadas positivamente.

Nesta segunda sessão, participaram 7 adolescentes no total, dos quais 3 apresentavam comportamentos suicidários. De forma geral houve adesão às atividades, no entanto para alguns foi necessário incentivar à participação. As palavras utilizadas para as vivências em família antes do confinamento para os adolescentes com comportamentos suicidários foram “*longe*” (sic), “*amor; calma*” (sic) e depois do início do confinamento foram “*intrigas; brigas; saudade*” (sic) e “*separação; brigas*” (sic). O que ficou evidente de uma forma geral nestes adolescentes foi que o confinamento agravou as perceções dos adolescentes no que respeita ao aumento de conflitos familiares e às suas dificuldades em geri-los emocionalmente.

Face à dramatização realizada esta refletiu uma situação de conflito entre a jovem e a sua mãe. Uma das jovens com comportamentos suicidários esteve centrada no comportamento da mãe e do padrasto, com pouca capacidade de identificar estratégias comportamentais adaptativas. Esta referiu sentir ódio pela mãe, apresentando um conflito com este sentimento, pois “*não devia odiar a mãe*”(sic) e revelou um sentimento de impossibilidade de a perdoar.

Na partilha final, referiu que foi uma sessão “*difícil*” e que “*o confinamento veio trazer muita confusão, estamos na mesma casa, mas não conseguimos estar juntos*” (sic). Outra das jovens verbalizou que durante o confinamento foi a altura em que “*saiu do armário*” (sic), sendo que, apesar da mãe verbalizar que estava aceite em relação às suas escolhas de género, a mesma não foi muito sintónica em termos de comportamento, uma vez que continuou a tratá-la pelo nome de registo e não pelo nome que adotou.

No entanto, apesar de ser uma situação percebida como difícil por parte dos jovens o grupo mostrou-se muito empático e contentor face à situação e conseguiu elogiar a coragem da jovem por se ter permitido expor e trabalhar a questão do conflito familiar.

Sessão nº3 – “Re(conhecer) as Emoções”

Esta sessão teve como objetivos terapêuticos: promover a coesão grupal; reconhecer emoções (em mim e no outro, atuais ou anteriores); promover e incentivar a expressão emocional; promover a adequação da expressão emocional; promover a consciência de si no “aqui e agora” em diferentes momentos e promover a criatividade e espontaneidade.

O aquecimento geral consistiu numa breve reunião com o grupo em que se fez a integração dos novos elementos do grupo, uma retrospectiva da sessão anterior e fez-se ainda uma breve introdução à temática das emoções com troca de ideias do grupo.

Quanto ao aquecimento específico foi realizado o “jogo dos *emojis*” que consistiu na divisão do grupo em pares, onde cada um deles retirou um *emoji* ao acaso do molho e, sem mostrar ao parceiro, representou essa emoção que lhe calhou para que o parceiro conseguisse adivinhar a emoção dramatizada. Depois de adivinhar qual a emoção que estava a ser representada, os pares trocaram e quem estava a observar e adivinhar passou a representar. Após a realização do jogo foi pedido aos jovens para escolherem o(s) *emoji(s)* que representassem a emoção que estavam a sentir no momento presente e partilharem com o grupo.

Para a dramatização foi sugerido que recriassem a história da Cinderela ou gata borralheira, escolhendo um momento da história que tivesse sido significativo para o grupo, para que se iniciasse a ação. O próprio grupo decidiu qual o papel que cada um faria na história.

O objetivo da escolha desta história prendeu-se com o facto de trazer personagens com emoções diversas, positivas e negativas, com momentos particulares em que há desafios emocionais associados ao desenrolar da história.

No final procedeu-se à partilha de grupo onde os adolescentes partilharam as experiências e emoções vivenciadas ao longo da sessão, bem como foi devolvido ao grupo as emoções que emergiram e formas de pedir ajuda quando estes apresentassem dificuldades em gerir as suas emoções, culminando com a escolha do *emoji* que representasse a emoção no final da sessão.

Nesta terceira sessão, participaram 7 adolescentes no total, dos quais 4 apresentavam comportamentos suicidários. De forma geral todos estavam disponíveis e mostraram-se investidos na participação da sessão. No entanto, as suas posturas por vezes estavam retraídas, tensas e ansiosas. As emoções referenciadas pelos 4 adolescentes com comportamento suicidário foram na fase inicial: “*ansiosa e triste*” (sic); “*jubilo e alegria*” (sic); “*Triste...contente...medo...*” (sic); “*confusão*” (sic), isto porque conforme referem os mesmos

é difícil reconhecer as suas emoções “...perceber o que se passa dentro de mim” (sic). Embora alguns consigam ser congruentes entre a emoção que demonstraram, escolheram e verbalizaram, noutros conseguimos perceber a incongruência entre o conteúdo expresso verbal e o não verbal. Em conjunto com a emoção do “*Triste...contente...medo...*” (sic) verificámos que a tristeza está relacionada com as saudades de casa e dificuldade em expressar essa tristeza; o contente está associado a estar bem e a querer “*estar sempre a fazer rir os outros*” (sic) e por fim o medo está presente pelo receio que os outros não compreendam o que a jovem quer demonstrar em termos emocionais.

No que diz respeito à dramatização um dos adolescentes que estava numa fase inicial do internamento, esteve retraído e tenso, não querendo participar na dramatização, enquanto os outros três participaram na mesma. Desses três, dois apresentaram crítica para a temática das emoções e conseguiram de forma espontânea e criativa dar vida aos papéis que desempenharam. Para o outro, o mesmo não se verificou, pois teve dificuldade em assumir um papel com o qual referiu não se identificar dizendo que “*era um personagem invejoso e maléfico...*” (sic).

Na partilha ficou evidente que estes adolescentes conseguiram falar sobre as suas dificuldades em perceber as suas emoções e em exterioriza-las, bem como da dificuldade que têm em pedir ajuda verbalizando que “*tenho dificuldade em expressar a tristeza e a zanga...quando estou triste isolo-me no quarto e não consigo pedir ajuda...está entranhado no corpo...*”(sic); “*não gosto que os outros estejam tristes...cuido dos outros em primeiro lugar...esqueço-me de mim...*” (sic); “*é importante estar consciente para não repetir padrões...*” (sic) “*não quero partilhar...*” (sic).

Foi ainda devolvido aos jovens a necessidade e importância de procurarem ajuda com as pessoas de referência e, durante o internamento, pedirem ajuda aos profissionais de referência para que pudessem adquirir mais estratégias para lidarem com as suas emoções e para conseguirem pedir ajuda.

Sessão nº4 e 5 – “Auto-Estima”

A temática “Auto-Estima” não foi possível realizar em apenas uma sessão por questões das dinâmicas do serviço, pelo que foi dividida em duas sessões, em semanas consecutivas, no entanto por questões práticas vou apresentá-la como se fosse uma, apesar de o grupo ser aberto e os jovens que participaram nas duas não terem sido exatamente os mesmos.

Os objetivos terapêuticos desta sessão foram: promover a coesão grupal; promover a autoestima; identificar os recursos que contribuem para a melhoria da autoestima; incentivar a reflexão acerca da temática da autoestima (perceber em que situações está mais baixa, que está mais alta e associar isso a situações vividas); identificar estratégias que promovam a autoestima;

promover a consciência de si no “aqui e agora” no que diz respeito à autoestima; promover a criatividade e espontaneidade.

O aquecimento geral consistiu numa breve reunião com o grupo em que se fez a integração dos novos elementos do grupo, uma retrospectiva da sessão anterior e fez-se ainda uma breve introdução à temática da autoestima com troca de ideias do grupo.

Quanto ao aquecimento específico foi realizada a “Sociometria Autoestima” que consistiu na colocação dos adolescentes ao longo de uma régua imaginária graduada do 0 (sem autoestima) ao 10 (autoestima muito elevada) e foi colocada a questão: Qual o teu nível de autoestima?. Após o posicionamento de todos os elementos ao longo da régua imaginária, cada um foi convidado a participar indicando o número escolhido e o motivo da escolha.

Depois da partilha de todos, dividiu-se o grupo em dois, ficando o grupo dos 0-5 dum lado da régua e o grupo dos 5-10 do outro lado. De seguida, colocaram-se os elementos em grupos de cada lado da régua ficando posicionados frente a frente e foram partilhados, pelos membros do grupo dos 0-5, conselhos/estratégias para que os membros do grupo dos 5-10 conseguissem manter ou melhorar a sua autoestima. Depois, foi a vez do grupo dos 5-10 poderem partilhar os seus conselhos/estratégias para que o grupo dos 0-5 conseguisse melhorar a sua autoestima.

Para a dramatização foi sugerido que imaginassem e representassem um “Anúncio publicitário” que promovesse a sua marca pessoal, dando ênfase às características individuais dos participantes. Foram representados três anúncios em grupo e quem não quis representar ficou a assistir, mas no papel de expetador e futuro comprador. O anúncio teria de conter na sua apresentação três características da personalidade dos jovens que participavam na representação.

No final procedeu-se à partilha de grupo onde os adolescentes partilharam a forma como se sentiram no decorrer da sessão, verbalizando as descobertas que ocorreram durante a mesma e referindo as estratégias e recursos facilitadores da promoção da autoestima. Foi ainda dado reforço positivo e incentivo aos jovens pela coragem de falarem dum tema sensível para muitos e para que continuassem a trabalhar no sentido de desenvolverem a sua autoestima com os profissionais de referência ao longo do internamento, levando as estratégias encontradas para a vida lá fora.

Nestas sessões participaram 15 adolescentes dos quais 11 apresentavam comportamentos suicidários. Quanto à distribuição na sociometria três colocaram-se no 0, um coloca-se no 2,5, dois colocaram-se no 3, um coloca-se no 4, um colocou-se no 5, dois colocaram-se no 6,5 e um colocou-se no 8.

Estes adolescentes de uma forma geral, apresentaram posturas retraídas/tensas e atitudes observadoras ao longo das partilhas e das interações, especialmente os que se colocaram em valores mais baixos o que é congruente com a sua verbalização e atribuição do valor na escala.

Os jovens que se colocaram no 0 na sociometria verbalizaram: *“não gosto de mim no geral”* (sic) (onde se incluíam a dimensão psicológica, emocional e física) referindo que a autoestima *“vem de dentro para fora e de fora para dentro”* (sic); *“não gosto de mim, do meu físico, da minha personalidade, do meu psicológico e emocional”* (sic), referindo que a autoestima *“vem de dentro para fora...tem a ver com as nossas capacidades”* (sic); *“não gosto de mim no geral”* (sic) (onde se incluíam a dimensão psicológica, emocional e física), referindo que a autoestima *“vem de dentro para fora e de fora para dentro”* (sic).

As adolescentes que se posicionaram no 2,5 e nos 6,5 não quiseram partilhar com o grupo os motivos das suas escolhas, mesmo tendo sido feita a contenção do ambiente terapêutico e foram incentivadas a poder trabalhar esta questão com os enfermeiros de referência à posteriori. No entanto, é importante salientar que estes jovens entraram recentemente no internamento pelo que esta foi a sua primeira sessão de expressão dramática. No final da sessão conseguiram traduzir a mesma numa palavra que foi *“divertida”* (sic) e *“diferente”* (sic), apesar da sua postura não ter sido congruente com as posturas, humor e atitudes demonstradas.

Os participantes que se colocaram no 3 verbalizaram: *“a única coisa que valoriza em mim é o cabelo azul e as madeixas”* (sic); *“por vezes não gosto das minhas atitudes ou comportamentos para com os outros”*(sic), referindo que autoestima *“é o bem-estar”* (sic), denotando-se que já conseguem identificar pelo menos uma característica física ou de personalidade que gostem em si mesmos.

Aqueles que se posicionaram no 4 e 5 verbalizaram respetivamente: *“a autoestima é uma coisa que muda, por vezes sinto-me confiante e bem comigo mesma, e por vezes tenho dúvidas relativamente ao meu valor e não gosto do meu corpo...Há uma grande exigência comigo mesma e dos outros para mim”* (sic), referindo que a autoestima *“é acreditar em nós”* (sic); *“é difícil abordar esta temática”* (sic) demonstrando grande dificuldade em partilhar os motivos da escolha, mesmo tendo sido feita a contenção do ambiente terapêutico.

O jovem que se posicionou no nível 8 de autoestima referiu não saber o que é autoestima, mas após os contributos dos pares e profissionais foi capaz de se posicionar na régua nesse valor. No entanto, por vezes apresentou incongruência com este valor ao verbalizar que estava com *“desconforto...nervoso...foi difícil, senti-me nervoso”*(sic), no entanto, refere ainda *“não temos de agradar aos outros, porque senão, posso não estar a agradar-me a mim próprio”* (sic) e descreve a sessão como *“cansativo”*(sic).

No que diz respeito à dramatização, apenas dois jovens conseguiram com incentivo e reforço positivo participar na dramatização. Este facto pode estar associado ao tempo de internamento, uma vez que nestas sessões houve a integração de vários novos elementos ao grupo o que pode condicionar a disponibilidade para a exposição e participação no grupo, sobretudo estando a tratar-se de uma problemática que é sentida como difícil pelos adolescentes.

Na partilha apenas 1 adolescente com comportamentos suicidários conseguiu referir como estratégia para manter a sua autoestima e ajudar os outros a melhorar *“não se devem focar no físico, não ver o corpo, pois o mais importante é a personalidade”* (sic) e *“não valorizo o aspeto físico, eu admiro as pessoas pela sua personalidade e atitudes, é isso que valorizo e que influencia a autoestima”* (sic). No entanto, relativamente ao *“não ver o corpo”* foi-lhe devolvido pelos pares que a estratégia seria mais uma questão de aceitação e não uma fuga para a frente, tendo a mesma demonstrado crítica relativamente à situação e às estratégias sugeridas pelos pares, acedendo ao que lhe foi dito.

Foi ainda referenciado por outra adolescente na partilha que *“foi difícil (realizar o anúncio) e, que por vezes, sente que é difícil agradar os outros”* (sic), tendo sido a sua dificuldade acolhida pelo grupo. Na partilha foi também proporcionado incentivo e reforço positivo a todos os jovens por se terem permitido trabalhar esta questão tão difícil para muitos, mesmo só estando presentes, pois é o primeiro passo para a tomada de consciência das suas dificuldades, bem como, o poderem ouvir o que é dito e as estratégias encontradas pelos seus pares pode servir de demonstração e incentivo para a concretização da melhoria da sua autoestima.

Sessão nº7 – “A Alta” (Preparação para a alta)

Esta sessão teve como objetivos terapêuticos: promover a coesão grupal; incentivar a reflexão acerca dos recursos adquiridos no internamento que podem mobilizar após a alta; favorecer o insight sobre as estratégias adaptativas adquiridas no internamento face à sua situação de doença mental; incentivar a reflexão acerca das mudanças que ocorreram no internamento; identificar estratégias promotoras da saúde mental após a alta; promover a consciência de si no “aqui e agora” e promover a criatividade e espontaneidade.

O aquecimento geral consistiu numa reunião com o grupo em que se fez a integração dos novos elementos do grupo e se fez uma revisão da sessão anterior. Quanto ao aquecimento específico, este consistiu numa atividade em que os adolescentes se caracterizaram com adereços escolhidos por eles de um caixote com várias roupas, acessórios, máscaras. Estes escolheram um ou mais adereços, que simbolizavam as ferramentas ou estratégias que adquiriram ou iriam adquirir (no caso dos novos elementos do grupo), durante o internamento

para a melhoria da sua saúde mental e que levariam consigo para o pós alta, quando regressassem às suas vidas diárias.

A dramatização consistiu em encarnar o papel dessa caracterização e desfilar na “passerelle” que foi preparada na sala. Esta era constituída por um corredor de lençóis (representação do corredor do internamento) que acabava num rolo (representação da porta do serviço) e depois tinha um tapete para determinar o fim do cenário e figurativamente representar o “tapete da rua”.

Os jovens “desfilaram” pelo corredor de lençóis contando o que representava cada adereço e o que tinham ganho com a experiência do internamento antes de ultrapassarem a “porta”, para entrarem de novo no “tapete da rua”. Aí partilharam o que deixariam para trás, quem gostavam que estivesse à sua espera e o que iriam ou gostariam de fazer nesse momento, sendo que os enfermeiros representaram essas pessoas e fizeram o que foi pedido por cada jovem, para que pudessem experimentar essa sensação, emoção e vivenciassem essa experiência. No final da passagem individual dos adolescentes foi feita uma passagem em conjunto de mãos dadas com todos.

Na partilha final desta sessão foi feito o reforço positivo das partilhas e a conclusão da mesma, realizando a dinâmica do “poço da união”, em que todo o grupo se uniu por uma mão criando um círculo fechado e, cada um, lançou ao poço o que queria largar ou o que queria levar consigo após a alta, num ambiente de segurança e união. Foi ainda realizada a minha despedida do estágio e da atividade.

Nesta sessão participaram 10 adolescentes dos quais 5 apresentavam comportamentos suicidários. Destes 5 adolescentes, apenas 1 era um elemento novo no serviço, pelo que se verificou a dificuldade acrescida na participação da atividade. Para esta jovem não foi possível escolher um objeto pois não conseguia escolher ou identificar algo que quisesse levar para fora do internamento e refere *“está a ser difícil porque eu não quero sair daqui, não quero voltar para a minha família...eu não quero representar porque não quero sair do internamento...”* (sic).

Houve necessidade de realizar intervenção individual por crescente labilidade emocional e inquietude, tendo sido acolhida a sua dificuldade e explicado que o facto de poder só observar e ouvir o grupo com as suas estratégias poderia ser útil para si, para tentar encontrar as suas próprias estratégias, que lhe permitissem melhorar.

Esta conseguiu aceder e permanecer até meio da sessão mostrando-se menos lábil, no entanto, teve de sair da atividade para ir falar com a psicóloga, não conseguindo retornar à mesma.

No que diz respeito às outras 4 adolescentes com comportamentos suicidários, a sessão decorreu sem interrupções e as suas posturas eram maioritariamente tranquilas e descontraídas, no entanto, por vezes ainda assumiam postura apreensiva alguns períodos de ansiedade em situações específicas. Contudo, não foi necessário incentivar a maioria delas para a realização da atividade, tendo participado espontaneamente.

Ao longo da dramatização vão verbalizando quais os seus adereços e o que representam, sendo que algumas conseguem explicar o caminho conforme se pode verificar nas passagens que se seguem: lenço preto e o chapéu preto *“representam a força que consegui encontrar dentro de mim para lidar com os pensamentos negativos e com os problemas ao longo da vida...problemas da adolescência, do adulto e do idoso, porque a vida vai ter sempre problemas... em todas as áreas de vida, mas posso ter força para lidar com eles...”* (sic); chapéu de palha e lenço bege à volta do punho *“o lenço representa confiança que fui ganhando em mim no internamento e a coragem de dizer o que penso às pessoas...cuidar mais de mim em vez de estar sempre a cuidar dos outros...”* (sic), quanto ao chapéu *“ele representa a minha cabeça mais organizada, porque tem as palhas organizadas e quando aqui cheguei estava tudo desorganizado e separado...”* (sic); lenço amarelo no punho *“o lenço representa a luz ao fundo do túnel...quando aqui entrei tinha muito medo do reinternamento e não queria estar aqui...eu ganhei esperança com o internamento e levo daqui novas amizades das quais vou ter saudades...”* (sic); chapéu de cowboy *“representa as técnicas de distração que fui adquirindo e o relembrar o gosto pelos cavalos”*(sic) e o lenço branco representava *“a paz e a esperança que consegui adquirir aqui no internamento”*(sic).

Quando passaram a “porta” e entraram no “tapete da rua” estas jovens verbalizaram o que deixariam para trás e o que levariam consigo: para trás *“desesperança e o negativismo que tinha quando aqui entrei”* (sic), levando mais esperança para o futuro lá fora; para trás a *“velha L.”* (sic), levando uma *“L. nova”* (sic) com mais esperança para o mundo lá fora; para trás a *“minha insegurança e os pensamentos negativos”* (sic), levando um sentimento de maior confiança em si mesma e nas suas capacidades; para trás a *“minha insegurança e falta de força”* (sic), levando um sentimento de maior confiança em si mesma e na sua capacidade para resolver os problemas que aparecerem e referindo que *“consigo agora ter objetivos para o futuro”* (sic), pelo que foi convidada a olhar para a “janela do futuro”, no entanto, não se conseguiu aproximar e partilhar os objetivos futuros, demonstrando postura mais tensa e com fâcias aparentemente receoso.

Quanto às pessoas que gostariam de ter à sua espera e o que gostariam de fazer referem pretendiam ser recebidas pelo: *“pai e pela mãe e dar-lhes um abraço”* (sic); *“pai, mãe, irmã, padrasto...dar um abraço a todos”* (sic); *“pai, mãe e avós...abraço”* (sic); *“pai e mãe”*.

Quanto às palavras que largaram ao poço, simbolizando o que deitam fora e já não lhes servirá no quotidiano da sua vida, referiram: “*a insegurança*”; “*os medos*” referidos por 3 jovens e “*a desesperança*” (sic).

Conforme verificámos ao longo das sessões houve uma progressiva abertura e confiança dos jovens na relação em grupo e com os próprios profissionais que o moderavam, através da dramatização e da utilização dos mediadores expressivos como o jogo, a escrita, as estátuas, a música.

Desta forma, foi importante o programa de intervenção para os adolescentes com comportamentos suicidários ter uma oferta diversificada de mediadores expressivos para além da dramatização, pois permitiu introduzir um grau de relaxamento físico e de interação mais descontraído que permitiu a preparação dos jovens para a abordagem de temas que poderiam ser mais difíceis, pois, tal como refere Ferraz (2009), o uso deste tipo de mediadores permite trazer benefícios terapêuticos tais como a abertura da comunicação e da relação com os outros e consigo próprio, ajuda na resolução de problemas, promove a visibilidade de hábitos saudáveis, incentiva a autonomia, espontaneidade e criatividade, bem como permite a catarse e aumenta a autoestima.

Nesta perspetiva tendo em conta a intervenção realizada neste programa e os seus resultados, parece-me que existem benefícios para os adolescentes com comportamentos suicidários pois, parte das suas dificuldades, prende-se com alguma incapacidade de reconhecerem o seu valor (reduzida autoestima), dificuldades em pedirem ajuda, expressarem e reconhecerem as suas emoções, isolamento social e dificuldades em comunicarem eficazmente com as suas pessoas de referência, bem como terem dificuldade em encontrar estratégias adequadas para a resolução dos seus problemas.

A dramatização permitiu que estes jovens pudessem passar experiências já vividas ou criadas por si, de uma forma lúdica e em segurança, acedendo aos seus recursos internos e à sua criatividade e espontaneidade, bem como permitiu-lhes receber *insights* exteriores do grupo, recebendo esperança e validação dos seus próprios sentimentos e emoções.

Assim, pela possibilidade de poderem dar um significado novo ou diferente às suas experiências de vida, e poderem experimentar um papel que por norma não existe nas suas vidas, estes adolescentes adquirem consciência que existe muito mais em si mesmos, do que apenas as coisas negativas que lhes aconteceram e há uma identificação com o outro que também poder estar a passar pelo mesmo e ter as mesmas dificuldades, trabalhando a empatia e a compaixão pelo outro.

Creio que nós enquanto enfermeiros especialistas podemos oferecer este tipo de programas de intervenção com recurso à dramatização e a outros mediadores expressivos aos

adolescentes com comportamentos suicidários para que estes tomem mais consciência das suas potencialidades através do ambiente do grupo e da promoção de estratégias mais adequadas para lidarem com as suas dificuldades.

Contudo, o que considero ser fundamental estar na base da utilização destes programas de intervenção em grupo e com recurso a mediadores expressivos é a relação terapêutica interpessoal, as competências de observação e análise, as competências a nível da gestão de conflitos e comunicação, assim como o autoconhecimento e reflexão crítica do enfermeiro especialista que o concretiza.

Neste sentido, tendo em conta a relação interpessoal estabelecida com as crianças ao longo do estágio e do percurso de desenvolvimento de competências é importante identificar e analisar os papéis que desempenhei e que já foram referidos no referencial teórico, à luz da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau.

No caso do papel de educador este foi colocado em ação aquando das partilhas e das introduções das sessões em que intervi no âmbito psicoterapêutico, dando informações sobre as problemáticas tratadas e na clarificação dos conceitos tratados.

O papel de recurso foi utilizado aquando das sessões sempre que era necessário contribuir com informação para a definição de estratégias, bem como identificar estratégias mais adequadas para lidar com as emoções mais angústiantes dos jovens.

Foi ainda desenvolvido o papel de conselheiro quando se implementou o programa de intervenção com recurso à dramatização, pois permitimos o reconhecimento, aceitação e resolução de problemas face aos comportamentos suicidários. O papel de líder foi também trabalhado quando me foi permitido orientar a intervenção psicoterapêutica de grupo.

Quanto ao papel de especialista técnico intervimos junto de adolescentes e crianças com situações de cuidados específicas, nomeadamente com comportamentos agressivos (auto e hetero agressividade), comportamentos suicidários, ansiedade, perturbações do desenvolvimento e problemas de socialização.

Por fim, há situações em que assumimos um papel de substitutos, pois representamos a figura de substituição das figuras parentais na relação terapêutica.

2.6. Questões éticas

Este projeto foi efetuado tendo sempre em consideração os princípios éticos e deontológicos inscritos no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e no Código Deontológico dos Enfermeiros, nomeadamente no que diz respeito Artº78, ponto 1, deste último, que se refere ao princípio geral da defesa da liberdade e dignidade humana e do

enfermeiro, respeitando a capacidade de escolha e tendo em conta o bem comum, bem como respeitando os direitos humanos na relação com os clientes e o anonimato de acordo com o sigilo profissional.

Neste sentido, durante a realização do estágio e a consecução deste trabalho, os clientes foram informados dos procedimentos que foram realizados, nomeadamente do programa de intervenção com recurso a técnicas de dramatização, solicitando o seu consentimento e garantindo a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos. Isto foi cumprido pela utilização de nomes fictícios que identificam os jovens.

No que diz respeito às intervenções de enfermagem, estas foram operacionalizadas em conjunto com a equipa dos serviços e enfermeiros orientadores, sempre com o intuito de prestar o melhor cuidado possível aos jovens e famílias, cumprindo o objetivo terapêutico delineado para cada situação e cliente.

Estes princípios foram tidos em conta também na escolha metodológica e dos instrumentos utilizados, motivo pelo qual optei pela observação direta, entrevistas informais, consulta de registos médico e de enfermagem, consulta de processos e jornais de aprendizagem.

Por fim, mesmo nas interações em que pude estar sozinha em relação com os jovens, estes princípios estiveram sempre presentes na minha abordagem e intervenção através do desenvolvimento de uma prática reflexiva e do desenvolvimento profissional.

3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS DE MESTRE E ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

3.1. Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

Este capítulo pretende dar resposta ao caminho que foi sendo realizado para a aquisição de competências de EESMP e Mestre em Enfermagem.

O foco no decorrer do caminho foi sem dúvida desenvolver as competências de EESMP e prestar os melhores cuidados possíveis às pessoas com doença mental e suas famílias, sendo a minha motivação essencialmente a de aprender a lidar com estas pessoas, desafiar-me a entendê-las nas suas necessidades, e marcar a diferença nas suas vidas pelos cuidados prestados.

Havendo a necessidade de tornar estes cuidados cada vez mais especializados, existem competências comuns e específicas que devem ser adquiridas.

No que respeita às competências comuns dos enfermeiros especialistas, estas são: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e, por último, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Relativamente a estas competências ao longo do estágio e na execução deste trabalho, os princípios éticos e legais foram tidos em conta nas intervenções individuais e de grupo, pois as relações estabelecidas enquanto profissional contaram com o respeito pelos pares, jovens e famílias com os quais contactei, incluindo com pessoas de outras culturas e nacionalidades, onde tentei adequar a minha intervenção e adaptar-me em função das suas necessidades linguísticas. Isto demonstra o respeito pelo outro e a competência acrescida que requer fazer uma intervenção numa língua que não é a nossa língua materna.

Ao longo do estágio tive oportunidade de crescer enquanto profissional no que diz respeito à melhoria contínua de cuidados, pois com o decorrer do tempo, houve uma evolução das minhas competências relacionais, através da análise e reflexão de situações marcantes, com discussão de situações *in loco* com os profissionais da equipa e orientadores. A presença em reuniões multidisciplinares também permitiu dar visibilidade a esta competência, uma vez que nestas houve oportunidade de participar na gestão do projeto terapêutico das crianças e famílias com os *insights* decorrentes da prestação de cuidados diretos personalizados e centrados na pessoa, tendo em conta as suas necessidades.

Quando foi desenvolvido o programa de intervenção para os adolescentes com comportamentos suicidários e foi feita a gestão diária da atividade tendo em conta as dinâmicas

do serviço, as necessidades dos jovens, bem como o seu estado clínico, definindo quem cumpria os critérios de inclusão para a intervenção em grupo, estamos a trabalhar para a aquisição da competência da gestão de cuidados. A comunicação e integração com a própria equipa multidisciplinar, na prática de prestação de cuidados evidencia esta competência, uma vez que, trabalhar em equipa e conseguir priorizar os cuidados é fundamental para garantir a qualidade e continuidade dos mesmos.

Por último, a competência do desenvolvimento das aprendizagens profissionais fica evidente com a conclusão deste trabalho baseado na evidência e prática clínica, bem como nos diários de aprendizagem que foram realizados, pois permitiram a realização de reflexões acerca da prática.

Para além das Competências Comuns, foram também desenvolvidas competências específicas de EESMP, que são fundamentais ao desenvolvimento de uma prática avançada em Enfermagem, estando estas inscritas no regulamento de competências específicas aprovado pela Ordem dos Enfermeiros em 2018. Este documento refere que a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica se foca “na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.21427).

Neste sentido, a primeira competência específica que deverá ser adquirida e desenvolvida é “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.21428) . Esta foi desenvolvida com a partilha de reflexões informais com os enfermeiros dos serviços e com os Enfermeiros Orientadores, bem como com a concretização dos jornais de aprendizagem.

Ao elaborar as reflexões e ao descrever as situações que se iam passando na prática dos cuidados prestados, fui tomando consciência das minhas próprias dificuldades, da forma como penso, como reflito, como me posiciono e ajo nas relações enquanto pessoa e profissional. Pude perceber os sentimentos, emoções e reações que ocorrem nesse espaço da relação e consegui identificá-los, pensar e falar sobre eles, o que se demonstrou uma mais valia pelo crescimento e oportunidade de mudar comportamentos no aqui e agora. Estas mudanças surgem fruto do autoconhecimento que foi sendo adquirido.

Foi um processo intenso e por vezes esgotante, uma vez que nesta fase da minha vida muita coisa estava a acontecer ao mesmo tempo, com muitas mudanças a ocorrerem, não estando eu no meu estado pleno. Foi com algum esforço que me fui permitindo respeitar os meus limites e respeitar-me a mim no processo, mas sem deixar de ter presente que o foco da

minha intervenção estava na relação com as crianças e famílias às quais prestava cuidados. Sem dúvida, foi um desafio gerir os fenómenos de transferência e contratransferência, uma vez que, por vezes, o estado emocional e psicológico não terá sido o mais favorável.

Nas diferentes relações que foram sendo estabelecidas ao longo do estágio, quer com os clientes, quer com os profissionais e colegas, fui confrontada com as minhas inseguranças e fragilidades, bem como com a minha vulnerabilidade. Tive possibilidade de refletir e partilhar as dificuldades sentidas, pelo que pude desenvolver e aperceber-me de estratégias e habilidades a que posso recorrer para me superar e evoluir enquanto pessoa e profissional. Com este autoconhecimento desenvolvido de forma contínua, posso tornar-me cada vez mais o instrumento terapêutico na relação e ser cada vez mais autêntica e verdadeira nas relações que estabeleço, sejam elas de que natureza forem.

Assim, a reflexão trouxe-me ao encontro de mim mesma e permitiu que me focasse no outro durante a relação, com total disponibilidade para acolher as suas necessidades, dificuldades e devolver-lhe a segurança que lhes permitiu abrirem-se e partilhar o seu mundo.

No que respeita às competências “assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” e “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.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.21428), estas requerem que o EESMP consiga compreender o estado de saúde mental dos clientes, recorrendo à recolha de informação.

Para esta recolha de informação pode socorrer-se de diferentes habilidades, técnicas e instrumentos, tais como: consulta e avaliação de registos, estratégias de comunicação, observação dos comportamentos, técnicas de entrevista, realização do processo de enfermagem com determinação de diagnósticos de saúde mental, identificação de resultados esperados e negociação de planos terapêuticos em conjunto com o próprio e família, entre outros.

Durante este caminho percorrido nos diferentes contextos da prática clínica foram realizadas intervenções com o objetivo de promover a saúde mental e qualidade de vida dos adolescentes, de maneira a que pudessem sentir-se inseridos ou reinseridos nas suas famílias, grupos e comunidades. Para que este objetivo fosse concretizado foi necessário estabelecer relações de confiança com as crianças, adolescentes e suas famílias, pelo que foi necessário socorrer-me da relação de ajuda. Este tipo de relação permite que o outro compreenda a sua situação e a aceite melhor, causando evolução pessoal pela abertura à mudança (Phaneuf, 2005).

A intervenção em grupo, que também tem por base uma relação terapêutica ou de ajuda, contribuiu para a aquisição desta competência, pois requereu a mobilização de aptidões de observação, comunicação e avaliação. Foi necessário conhecer os adolescentes e seus

contextos, para maior adequação do programa de intervenção, pois só com a compreensão da problemática e avaliação de necessidades foi possível delinear e planificar a intervenção de forma a que as experiências vividas durante a mesma fossem passíveis de significação por parte dos adolescentes.

Deste modo a análise de dados, a consulta de registos, as passagens de turno e as participações das reuniões multidisciplinares, foram momentos essenciais para a discussão e planeamento do plano terapêutico mais adequado às necessidades de cada jovem ou criança, permitiram identificar com maior precisão o estado de saúde mental dos mesmos e conhecer as suas histórias e realidades de vida.

A oportunidade que tive de ter momentos individuais com uma jovem foi mais um contributo que se mostrou essencial ao desenvolvimento destas competências. Esta era a jovem de referência da minha Enfermeira Orientadora e, embora eu não desempenhasse o papel direto de enfermeira de referência, acompanhei a orientadora nesse papel, o que me permitiu perceber a dinâmica e necessidades de gestão que esse processo implica e, nos momentos em que ela não estava, consegui fazer esse papel quando a adolescente me solicitava. No final, a informação e intervenção que efetuei naqueles momentos, foram passadas à equipa e orientadora, para que a continuidade de cuidados fosse mantida. Esses momentos foram importantes para desenvolver as minhas capacidades de comunicação, negociação, avaliação e coordenação em prática, para que a continuidade e confiança não fossem comprometidas.

Nesta relação houve algumas dificuldades, pois era difícil estabelecer os limites até onde poderia ir a minha atuação, uma vez que havia a relação de confiança com a Orientadora e a criança, depois havia a minha relação com a orientadora e ainda a minha relação com a criança. Lidar com estas triangulações que muitas vezes os jovens procuravam intencionalmente era complicado e exigiu de mim ainda maior atenção para não comprometer a confiança de ambos os lados e poder delinear em conjunto com os outros profissionais o melhor plano terapêutico em cada momento do internamento.

Certamente esta foi uma experiência que me enriqueceu e fez crescer, levando-me a sair da minha zona de conforto, pois não se tratava apenas de uma relação direta com apenas um interveniente. Esta experiência serviu para o meu desenvolvimento enquanto profissional no sentido em que me permitiu desenvolver estratégias de comunicação e negociação que puderam ser usadas nas relações com as famílias, pois, muitas vezes, existe este tipo de relações mais complexas em que é necessário intervir e mediar.

Por fim, a realização do estudo de caso está relacionada com a terceira competência específica do EESMP, pois uma das unidades desta competência faz referência à metodologia da gestão de caso. Neste sentido, o documento elaborado permitiu a recolha de uma história de

vida pessoal e familiar extensa, bem como a avaliação do estado de saúde mental da criança, sob o qual foi elaborado um plano de cuidados individualizado e personalizado de acordo com um modelo de enfermagem. Na elaboração deste estudo foi necessário recorrer a mobilização de técnicas de comunicação, de observação direta dos comportamentos, de análise crítica, sensibilidade, avaliação e análise em cada momento e situação, para a definição de diagnósticos e preparação do plano de intervenção personalizado.

A última competência específica do EESMP refere que este “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” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.21428).

As relações interpessoais desenvolvidas com as crianças, jovens e famílias, no decorrer dos estágios, “obrigaram-me” a desenvolver as minhas capacidades e estratégias enquanto enfermeira, nomeadamente as relacionadas com o ensino, orientação, instrução, capacitação, treino, apoio e assistência aos indivíduos com problemas de saúde mental, mais concretamente com os adolescentes com comportamentos suicidários.

Trabalhar com os pais das crianças foi um desafio que me obrigou a rever as minhas próprias crenças sobre como deve ser a educação de uma criança e o papel de pai ou mãe. Para que efetivamente pudesse trabalhar em conjunto com os pais, foi necessário este trabalho interno e colocar-me numa posição de não julgamento, para que conseguisse efetivamente ter uma relação de ajuda, para que pudéssemos trabalhar em conjunto e promover as tomadas de consciência que levariam a mudanças de comportamento que contribuíssem para um desenvolvimento da saúde mental das crianças mais saudável.

Nas intervenções com os pais a psicoeducação assume-se como uma ferramenta essencial à consciencialização dos seus comportamentos, porque permite que estes adquiram novos conhecimentos e desenvolvam novas ferramentas que melhorem a sua relação com os filhos, que muitas vezes é conflituosa, negligente ou ausente, e estimulem o desenvolvimento dos mesmos, tornando-se cada vez mais autónomos e independentes na gestão dessa relação. Por isso foi importante aproveitar cada intervenção realizada com a família para poder realizar psicoeducação dirigidas às necessidades individuais de cada um dos seus membros.

Por outro lado, trabalhar com o grupo, no programa desenvolvido para estes adolescentes, foi uma experiência totalmente nova e cheia de desafios, no sentido em que, na minha atividade diária enquanto enfermeira, não tenho essa possibilidade. Para mim as atividades de grupo trazem desafios acrescidos, uma vez que eu senti que exigia de mim uma maior e melhor atenção, um melhor controlo emocional, com consequente foco para prevenir fenómenos de transferência e contratransferência, confronto comigo mesma e com as minhas crenças, pela

multiplicidade de experiências e realidade dos jovens. Lidar com o receio e com a insegurança foi sem dúvida colocado na ordem do dia ao trabalhar com o grupo.

Ao colocar em prática este programa desenvolvido para os adolescentes com comportamentos suicidários, senti ainda outro desafio, que foi o de incentivar e conseguir com que estes participassem ativamente na atividade e não se limitassem a ser espectadores passivos nas sessões. Este desafio foi um bom estímulo para conseguir trabalhar a minha própria criatividade, espontaneidade e desenvolver as capacidades de negociação e comunicação, bem como de planeamento e flexibilidade, para efetivamente ajudar estes jovens a conseguirem fazer parte da sua recuperação e envolverem-se no seu próprio processo terapêutico. Deste modo, a intencionalidade terapêutica por detrás destas ações, teve como objetivo tornar o adolescente o mais autónomo possível, sem receio de assumir responsabilidades, desenvolver a sua própria capacidade de tomar decisões, como seja a de pedir ajuda nos momentos de maior sofrimento, assim como aprender a gerir as suas emoções para que pudesse aquando da alta reintegrar-se na sociedade de forma mais ajustada e saudável, para si e para os que o rodeiam.

Contrariamente aos desafios, ser terapeuta e coterapeuta nas atividades de grupo ajudou-me a desenvolver ainda mais a empatia e compaixão, pela partilha e confiança que foi sendo gerada no grupo ao longo do programa. Este teve poder de se transformar e transformar cada um dos presentes pelos *insights*, partilha de estratégias, sentimentos, emoções que tornaram a união uma força positiva, reduzindo os pensamentos negativos nos presentes e que muitas vezes dominavam o ambiente do internamento.

A heterogeneidade e diversidade de patologias existentes, no grupo foi para mim surpreendentemente benéfica, no sentido em que, demonstrou ser uma mais valia para estes jovens com comportamentos suicidários. Isto porque, nos permitiu utilizar essa vantagem a favor dos próprios jovens, na medida em que lhes permitiu ouvir estratégias e situações vivenciais de outros jovens e com as quais se identificaram, mesmo não tendo o mesmo diagnóstico.

Durante este percurso pude perceber que as dinâmicas de grupo nos estimulam a desenvolver as nossas capacidades de interpretação e análise, bem como as nossas competências psicoeducacionais, de orientação, de treino, de apoio, de capacitação do outro, assim como nos estimulam a treinarmos os nossos papéis enquanto enfermeiros.

Assim, dar lugar e significado ao sofrimento destes adolescentes e permitir-lhes que possam vivenciar experiências diferentes daquelas que lhes causam dor ou sofrimento, foi uma mais valia para o seu processo terapêutico, para a recuperação de esperança na suas vidas e para a aquisição de mais competências relacionais para levarem para a sua vida diária.

3.2. Competências de Mestre

As competências de Mestre em Enfermagem, fundamentadas no Regulamento de Funcionamento do Mestrado em Enfermagem em Associação e com base no Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, onde se determina o grau de Mestre, são:

- *“Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.”*

No decorrer deste percurso esta competência foi sendo adquirida e desenvolvida com as constantes reflexões *in loco* da prestação de cuidados aos adolescentes, crianças e suas famílias, que foram sendo realizadas com os orientadores e enfermeiros do serviço, bem como na elaboração dos jornais de aprendizagem e estudo de caso, bem demonstrativos da conceção e gestão de cuidados de enfermagem, Na medida em que estes processos requerem uma reflexão aprofundada e crítica, onde necessitamos articular conhecimentos científicos, deontológicos, éticos e jurídicos.

Na prática clínica devemos ainda socorrer-nos de uma supervisão e intervenção com profissionais mais experientes e qualificados para melhorarmos a nossa aprendizagem e desempenho enquanto cuidadores especializados em Saúde Mental e Psiquiátrica, pelo que me foi proporcionado este suporte pelos profissionais do serviço e com a psicóloga que me acompanha.

A supervisão e intervenção supra referidas, aliadas à aprendizagem e à articulação dos conhecimentos teórico-práticos, permite-nos estar em constante desenvolvimento profissional e pessoal, para garantirmos uma maior segurança nos cuidados que prestamos diariamente e com maior especialização.

- *“Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas.”*

Considero que esta competência é crucial para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional enquanto enfermeiros. Os constantes desafios que se colocam na prática clínica, a evolução do cuidar e da própria disciplina de Enfermagem, tornam imprescindível não parar a busca constante do conhecimento para termos melhores condições na resolução de novos problemas, não colocando em causa a segurança e qualidade da prestação de cuidados. Desafiarmo-nos a nós mesmos a integrar outros cursos, melhorando e aprofundando conhecimentos, tornam a Especialidade de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica um passo para o desenvolvimento desta competência.

Para além da minha frequência neste novo percurso de competências, tive também a oportunidade de em simultâneo no meu campo profissional abraçar novos desafios e aplicar conhecimentos específicos que me permitiram desenvolver potenciais soluções para fazer chegar os cuidados de Saúde Mental a um cada vez maior número de pessoas, através da criação de uma solução de Cuidados de Saúde Mental para organizações e seus colaboradores. Neste âmbito profissional, o meu contributo juntamente com outras iniciativas, permitiram que a visibilidade interna alcançada na temática da Saúde Mental resultasse na subscrição de um pacto para a Saúde Mental em contextos de trabalho, que foi igualmente subscrito por outras empresas em Portugal.

Ainda antes de ter iniciado este Mestrado e Especialidade realizei também dois módulos da Pós-Graduação em expressões Criativas Terapêuticas do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, que pretendo terminar assim que tenha oportunidade. Estes foram uma mais valia, pois permitiram-me colocar em prática técnicas especializadas, tal como a utilização da expressão dramática ou o brincar, enquanto mediadores expressivos, com maior segurança e conhecimento técnico.

- *“Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva.”*

No que diz respeito a esta competência, a mesma desenvolveu-se ao longo dos estágios, nas oportunidades criadas nos dois contextos, traduzindo-se na participação ativa que tive em diferentes reuniões multidisciplinares e onde partilhei as minhas perceções acerca das necessidades e cuidados prestados, trocando ideias com diferentes profissionais e com o sentimento de que fazia parte integrante da equipa. Estes contextos permitiram ainda desenvolver as habilidades comunicacionais, reforçar o espírito de equipa e fortalecer as relações inter e intra disciplinares essenciais à concretização do ambiente contendor e seguro em que as crianças e jovens devem concretizar o seu plano terapêutico, com o suporte e qualidade fundamentais nos serviços de saúde.

- *“Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos.” e “Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.”*

No que concerne a estas competências, todos os documentos e trabalhos elaborados ao longo do mestrado e especialidade, bem como toda a leitura e pesquisa de artigos significativos e relevantes para as diferentes temáticas, convergem para o seu desenvolvimento. O que pode ser destacado nesta competência é o desenvolvimento da capacidade de tomar melhores decisões, mais bem suportadas pela evidência científica. Por outro lado a construção de processos de enfermagem rigorosos com a aplicação dos conhecimentos científicos na prática

clínica, contribuem para desenvolvimento de uma *praxis* com maior qualidade e adaptada também ela, à evolução e desenvolvimento da profissão.

Para além disso, esta competência remete-nos também para a prática realizada durante os estágios, em que a prestação de cuidados foi feita tendo em conta o indivíduo e a sua patologia, bem como para os conhecimentos adquiridos ao longo da especialidade e do nosso desenvolvimento pessoal decorrente da mesma. A evolução pessoal permite-nos prestar mais e melhor atenção na relação de ajuda com os clientes, sendo esta o instrumento de trabalho determinante para os cuidados de saúde com adolescentes com comportamentos suicidários.

- *“Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.”*

Longe desta competência poder ser alcançada apenas e só durante este percurso formativo, considero que será uma das competências que certamente levarão mais tempo a ser consolidadas e desenvolvidas, uma vez que, o curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica nos confere um acréscimo de conhecimentos e competências que precisam ser maturadas e consolidadas com o tempo e nos diferentes locais onde exercemos a nossa prática profissional. Esta competência será muito mais efetiva de acordo com a experiência e oportunidades que teremos ao longo da nossa carreira, na medida em que poder fazer a integração nas políticas de saúde e na administração em Saúde em geral, e na Enfermagem em particular, requer também um posicionamento político efetivo.

No entanto, no que diz respeito à restante descrição da competência, considero que foi concretizada com a realização deste trabalho de projeto, com toda a supervisão inerente ao mesmo, bem como com o desenvolvimento pessoal e profissional conseguido e colocado na prática, aliados à humilde experiência do estágio. Estes permitiram de forma muito clara a identificação de uma problemática que carece de um olhar mais atento e de uma intervenção ainda mais estudada e estruturada, para uma avaliação mais concreta e específica dos ganhos em saúde para esta população alvo.

Assim, considero que para o grau de Mestre foi iniciado o processo de aquisição de competências que conferem este grau, mas será no decorrer do desenrolar das minhas funções que estas podem ser aperfeiçoadas e consolidadas para um melhor desempenho e serviço à disciplina de Enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As competências que fui adquirindo e desenvolvendo ao longo deste percurso na Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica, dependeram da minha disponibilidade, querer e capacidade para, em primeiro lugar, realizar uma avaliação em cada situação e, posteriormente conseguir mobilizar os conhecimentos teóricos, os recursos internos e externos ao meu alcance e colocá-los em prática, tomando decisões conscientes e prestando cuidados com a certeza de que cada pessoa é um Ser único e especial.

Todas as novas situações me exigiram uma adaptação mais ou menos conseguida, pela articulação dos conhecimentos teóricos e práticos, pela utilização da minha competência e habilidade relacional e comunicacional, bem como da aplicação das minhas estratégias e recursos internos, que foram sendo desenvolvidos e adquiridos no decorrer da vida e dos cursos realizados.

Desta forma, a minha identidade pessoal e profissional foi evoluindo com as novas experiências, uma vez que a reflexão, análise e pensamento crítico foram extremamente estimulados e incentivados, com o intuito de crescer. Todo este percurso me fez dar ainda mais valor e significado às relações terapêuticas que devemos estabelecer no nosso dia-a-dia e no cuidar que proporcionamos aos nossos clientes, independentemente da área ou serviço em que trabalhamos, pois a sua existência será sempre um instrumento que nunca dependerá de um serviço ou colega, apenas dependerá de nós mesmos.

Neste sentido, as experiências vivenciadas e todos os desafios sentidos permitiram-me tomar consciência da complexidade e diversidade de comportamentos que o ser humano pode ter perante uma dificuldade ou problema na sua vida. Fez-me compreender que os comportamentos podem “esconder” ou “camuflar” o sofrimento sentido pela pessoa e nós, enquanto profissionais especializados, devemos ser capazes de decodificar para além do visível, devemos ser capazes de explorar através das relações terapêuticas, para depois conseguirmos atuar de forma individualizada e personalizada.

Foi aqui que verifiquei que o recurso a mediadores expressivo-artísticos podem ser facilitadores dessa relação e da intervenção, pois proporcionam às crianças e adolescentes tomadas de consciência sobre si próprios, quer em termos de capacidades, quer em termos de dificuldades, que podem contribuir para a melhoria do seu estado de saúde mental.

Os mediadores expressivos e em especial a dramatização, foram também importantes na medida em que permitiram às crianças e adolescentes expressarem as suas ideias, sentimentos, emoções, frustrações, dificuldades no relacionamento consigo próprios e com os outros, permitindo-lhes ganhar consciência da importância de comunicarem e conseguirem pedir ajuda.

Deste modo, ganharem consciência que não estão sozinhos, permitiu ainda que ganhassem esperança, confiança nas suas capacidades e conhecimento sobre estratégias mais adequadas que podem utilizar na sua vida diária e nos seus contextos sociais e familiares.

Este percurso permitiu-me levantar o véu acerca da complexidade associada aos comportamentos suicidários e compreender a necessidade de os entender com mais profundidade para que, no futuro possa desenvolver uma intervenção mais estruturada e especializada, que incida na promoção e tratamento desta problemática. Aqui enquanto EESMP podemos ter um papel fundamental quer em contexto de comunidade, quer em contexto de internamento, para trabalhar algumas das questões que foram sentidas pelos adolescentes como difíceis e que podem condicionar a passagem ao ato (suicídio), tais como a desesperança, o sofrimento psicológico, a autoestima, a gestão emocional, as relações com os pares e família e a comunicação.

Neste sentido, foi também essencial desenvolver o autoconhecimento, que proporciona o crescimento e evolução do Ser, para a utilização do “eu” enquanto ferramenta terapêutica que está na base da relação de ajuda estabelecida com as crianças, adolescentes e suas famílias, cumprindo desta forma o valor “cuidar” inerente ao desempenho da profissão de Enfermagem, isto com o intuito de poder proporcionar ao “outro” algum nível de crescimento, bem-estar e propósito na vida.

A revisão da literatura teve como objetivo aprofundar os conhecimentos e a compreensão acerca dos comportamentos suicidários e estabelecer uma relação com a adolescência e as necessidades que podem estar afetadas nesta fase, tendo sido corroborada pelos resultados verificados na análise qualitativa elaborada e desenvolvida ao longo do contexto de internamento. Os resultados apresentados ao longo deste trabalho mostram que os adolescentes com comportamentos suicidários apresentam dificuldades na gestão emocional, na comunicação e relação com outros, bem como dificuldades no controlo dos pensamentos negativos, conduzindo-os ao isolamento social progressivo e à crença que não farão falta se acabarem com a sua vida. Estes jovens demonstram ainda uma dificuldade em identificar estratégias que lhes permitam lidar com o seu sofrimento psicológico.

Da análise realizada no decorrer deste trabalho verificou-se ainda que a criatividade e diversidade na utilização de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas facilita a prestação de cuidados a estas crianças e jovens, pois potencia a expressão de emoções, pensamentos e vivências, bem como a tomada de consciência acerca das suas capacidades e dificuldades, sendo este o primeiro passo para a alteração de comportamentos.

No que respeita às dificuldades e limitações sentidas ao longo desta experiência formativa é importante referir:

- A inexperiência e dificuldade na prestação de cuidados em psiquiatria, nomeadamente na pedopsiquiatria, e na utilização de mediadores expressivo-artísticos onde se inclui a dramatização. Este aspeto foi sem dúvida uma condicionante que, numa fase inicial, interferiu na minha intervenção na medida em que foi necessário observar, refletir e questionar durante mais tempo e com maior atenção.

- A dificuldade em trabalhar os comportamentos suicidários, ao nível do projeto, uma vez que apesar de haver na literatura alguns programas de intervenção dirigidos a estes comportamentos, estes eram mais dirigidos à prestação de cuidados em ambulatório e não em internamento, sendo as intervenções mais inespecíficas e menos estruturadas neste campo, o que me desafiou ao nível do planeamento de intervenções de enfermagem que fossem adequadas a esta população alvo.

- O contexto pandémico do COVID-19, em que os estágios foram realizados, causou uma grande limitação à intervenção familiar e social, individual e em grupo, uma vez que os serviços também condicionaram essa atividade face ao risco de contágio. Este aspeto foi uma limitação, pois impediu que promovesse outro tipo de atividades e intervenções com os familiares e grupos sociais que poderiam contribuir para uma colheita de dados mais detalhada em termos de antecedentes familiares e história pessoal, para compreender as dinâmicas, organização e suporte familiar e social que as crianças e adolescentes dispõe na sua vida.

Não tendo sido possível intervir junto das pessoas de referência e no meio escolar, sugiro que este projeto possa motivar o interesse de outros profissionais para o estudo desta problemática noutros contextos, assim como possa estimular a reflexão dos enfermeiros para o desenvolvimento de intervenções junto dos pais e educadores ou até no meio escolar, tornando a abordagem a esta problemática mais holística e atribuindo-lhe a prioridade que merece, no combate aos comportamentos suicidários, que são também uma questão de saúde pública.

- Por fim, entendo que o programa elaborado é limitado em si mesmo, dado que foi construído tendo em conta a dinâmica de presenças no estágio de internamento e a dinâmica da atividade durante o internamento. Este programa poderia ter sido enriquecido com outras temáticas que foram verbalizadas pelos próprios adolescentes, para dar resposta às necessidades que os mesmos sentem na sua vida e assim tornar este programa mais completo.

Por outro lado, sabendo que já existem programas de promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários, decorrentes de estudos feitos nesta área e que irão ser implementados nos próximos anos, no âmbito da intervenção das equipas de saúde escolar, gostaria ainda que este projeto pudesse despertar a reflexão para a importância da articulação inter-equipas de EESMP na concretização desses programas para ser proporcionada a

continuidade de cuidados em caso de internamento, com a elaboração conjunta de programas específicos e personalizados para os jovens com estes comportamentos em internamento.

Para além disto e tendo em consideração a análise das intervenções desenvolvidas neste trabalho, gostaria de sugerir que o recurso à expressão dramática fosse pensado e explorado, pelas suas potencialidades, noutras áreas de cuidados de saúde mental, não só em crianças e jovens, mas também em adultos e nos diversos contextos, incluindo os contextos profissionais. Sendo que, no futuro, será importante desenvolver mais estudos no sentido de avaliar a eficácia e eficiência desta abordagem nos múltiplos contextos de forma contínua.

Considerando a minha realidade profissional e as aprendizagens que adquiri no decorrer deste caminho, desenvolvi um projeto de saúde mental na minha empresa, que consiste num programa interno de empreendedorismo e inovação, que está neste momento em fase de piloto, com o objetivo de levar os cuidados de saúde mental às empresas e seus colaboradores, de forma integrada, estruturada, personalizada e centrada na pessoa e organizações. Este projeto pretende ainda dar visibilidade ao trabalho do EESMP fora do contexto comunitário e hospitalar, contribuindo para a literacia em saúde mental, combate ao estigma público e auto estigma e para o desenvolvimento de uma cultura organizacional e social sustentável.

Assim, concretizar este projeto será o meu caminho e a forma de honrar todas as aprendizagens que fui adquirindo ao longo do Mestrado e Especialidade em Saúde Mental e Psiquiátrica, porque o crescimento da enfermagem enquanto profissão depende de cada um de nós, da visibilidade que proporcionamos e dos novos caminhos que estamos dispostos a percorrer fora do que é a atividade mais “tradicional” da profissão. Desta forma, cuidar da gestão dos cuidados de saúde mental também deve ser uma das nossas preocupações enquanto EESMP, pois temos a responsabilidade ética de aplicar os nossos conhecimentos na construção do futuro da profissão, trilhando novos caminhos e abrindo novas possibilidades na prestação de cuidados especializados e personalizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, J. L. P. (2006). *O modelo do psicodrama moreniano*. (3.^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores

Abreu, K., Lima, M., Kohlrausch, E., Soares, J. (2010). Comportamento suicida: Factores de risco e intervenções preventivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 12(1), 195-200. Doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v12i1.9537>

Ades, C. (1976). A observação do comportamento em situações experimentais. In Izar, P. & Gomide, P.I.C. (2018). *Para além da dicotomia inato-aprendido: Contribuições de César Ades à Psicologia Brasileira*. Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP) (45-56). Doi: <http://www.doi.org/10.5935/978-85-61272-03-6.2018B001>

Beam, R. J., O'Brien, R. A., & Neal, M. (2010). Reflective practice enhances public health nurse implementation of nurse-family partnership. *Public health nursing*. Boston: Mass. 27(2), 131–139. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2010.00836.x>

Bicudo, M. (2003). Psicoterapia de grupo e transtornos alimentares: enfoque psicodramático. In Bucarechi, H. (Org.) *Anorexia & Bulimia Nervosa: uma visão multidisciplinar*. (p.137-149). São Paulo: Casa do Psicólogo

Billings D. (2006). Journaling: a strategy for developing reflective practitioners. *Journal of continuing education in nursing*. 37(3), 104-105. Doi: <https://doi.org/10.3928/00220124-20060301-02>

Bittencourt, M. N., Marques, M. I. D., & de Andrade, T. M. M. D. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(18), 125-132. Doi: <https://doi.org/10.12707/RIV18015>

Cañete, M., Vitalle, M., & Silva, F. (2008). Anorexia nervosa: estudo de caso com uma abordagem de sucesso. *Fractal: Revista de Psicologia*. 20(2), 377-386. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922008000200005>

Cibreiros, S., Oliveira, I. (2010) A dramatização no espaço hospitalar: uma estratégia de Pesquisa com crianças. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*. 14 (1), 165-170. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000100024>

Daemi, F., Vasegh Rahimparvar, S. F. (2018). The effects of psychodrama on the health of adolescent girls: A systematic review. *Journal of Client-Centered Nursing Care*. 4(1), 13-20. Doi: <https://doi.org/10.32598/jccnc.4.1.13>

Decreto-Lei nº63/2016. (2016). *Ciência, Tecnologia e Ensino Superior*. Diário da República, 1.ªsérie, nº176 (13 de Setembro de 2016), 3519-3191.

Dunphy, K., Mullane, S., & Jacobsson, M. (2013). The effectiveness of expressive arts therapies: A review of the literature. *Melbourne: Pacfa*. ELI: <https://pacja.org.au/2014/07/the-effectiveness-of-expressive-arts-therapies-a-review-of-the-literature/>

Direcção-Geral da Saúde (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Feder, E. & Feder, B. (1981). *The Expressive Arts Therapies – art, music and dance as psychoterapy*. USA: Saratosa.

Ferraz, M. (Org.) (2009). *Terapias expressivas integradas*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial Lda.

Ferreira, I. B. (2010). Dicas a um jovem terapeuta psicodramatista de adolescentes. *Revista Brasileira de Psicodrama*. 8 (2), 57-72. Doi: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932010000200004

Filho, L. A. S. (2015). *Doença mental, um tratamento possível: psicoterapia de grupo e psicodrama*. São Paulo: Editora Ágora.

Franzoi, M. *et al.* (2016). Teoria das relações interpessoais de Peplau: uma avaliação baseada nos critérios de Fawcett. *Revista de Enfermagem da UFPE on line*. 10 (4), 3653-3661. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i4a11140p3653-3661-2016>

Furlan, P. *et al.* (2012). Terapias expressivas: Teatro. *Journal of Nursing and Health*. 2, 169-174. ELI: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3495>

Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (6ª Ed). São Paulo : Atlas.

Gonçalves, C. S., Wolff. J. R., & Almeida, W. C. (1988). *Lições de psicodrama: Introdução ao pensamento de J. L. Moreno*. São Paulo: Ágora

Gonzalez, A-J., Martins, P. & Lima, M. P. (2018). Studying the efficacy of psychodrama with the hermeneutic single case efficacy design: results from a longitudinal study, *Frontiers in Psychology*. 9 (1662), 1-12. ELI: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2018.01662>

Gündüz, R. *et al* (2016). Profile of Suicide Attempts in Adolescents; Demographic Features, Reasons and Risk Factors. *Turkish Journal of Pediatric Disease*. 3: 177-181. Doi: [10.12956/tjpd.2016.195](https://doi.org/10.12956/tjpd.2016.195).

Hawton, K., Saunders, K., & O'Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379(9834), 2373-2382. ELI: https://www.researchgate.net/publication/228060626_Self-harm_and_suicide_in_adolescents/link/59df1e0da6fdcca0d336db17/download

Hazen, E., Schlozman, S., Beresin, E. (2008). Adolescent psychological development: A review. *JAMA*. 29(5), 161–8. Doi: <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>

Howk. C. (2004). Hildegard E. Peplau: Enfermagem Psicodinâmica. In Tomey, A. M. & Alligood, M. R. *Teóricas de enfermagem e a sua obra : modelos e teorias de enfermagem* (423-444). (5ª Ed). Loures : Lusociência.

Jobes, D.A., Vergara, G.A., Lanzillo, E.C., Ridge-Anderson, A. (2019). The potential use of CAMS for suicidal youth: building on epidemiology and clinical interventions. *Child Heal Care*. 48 (4), 444 – 468. Doi: [10.1080/02739615.2019.1630279](https://doi.org/10.1080/02739615.2019.1630279)

Koerich, M. *et al.* (2009). Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. *Revista Eletrônica Enfermagem*. 11(3), 717 - 723. ELI: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a33.htm>

Langley, D. (2005). The relationship between psychodrama and dramatherapy. In *The handbook of psychodrama* (pp. 287-300). Routledge.

Latorre, A. (2003). *La Investigación-Acción*. Barcelona: Editorial Graó.

Maçaneiro, A. & Almeida, V. O. (2019). No palco da psicoterapia: um adolescente, seu drama e o psicodrama. *Revista Brasileira de Psicodrama*. 27 (2), 212-219. ELI: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicodrama/v27n2/07.pdf>

Marcelli, D., Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.

Monteiro, P. (2014). *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência*. Lisboa: Lidel

Monteiro, M.; Pagliuca, L. (2008). Análise da adequação da Teoria do Relacionamento Interpessoal em Grupos Conduzidos por Enfermeira. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12 (3): 424-29. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000300005>

Moreno, J. (1978). *Psicodrama*. (2ª Ed). São Paulo: Cultrix.

Nabais, A. (2019). *Intervenção de enfermagem de saúde mental com crianças: pós-catástrofe* (Tese de doutoramento). ELI: <http://hdl.handle.net/10451/38760>

Negri, E. *et al.* (2017). Simulação clínica com dramatização: ganhos percebidos por estudantes e profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 25, e2916. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1807.2916>

Nóbrega, J. (2019). *(Des) mascarando a persona: máscaras num grupo de psicodrama com adolescentes*. (Tese de doutoramento). ELI: <https://hdl.handle.net/10216/123977>

Nogueira, C. A. *et al.* (2017). A importância da psicoeducação na terapia cognitivo comportamental: uma revisão sistemática. *Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano*. Barreiras, 2(1), 108-120. ELI: <http://fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/190>

Oliveira, A., Amâncio, L., Sampaio, D. (2001) Arriscar morrer para sobreviver: Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 19(4), 509–21.

Ordem dos Enfermeiros (2012). Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária. *Cadernos OE*, série 1, número 4.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Padrão de documentação enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Lisboa: OE

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2013). *Prevenção e Intervenção Psicológica no Suicídio*. Lisboa.

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

Pio de Abreu, J. (1992). *O Modelo do Psicodrama Moreniano*. Coimbra: Edições de Psiquiatria Clínica.

Quiroga, F. L., Vitale, M. S. S. (2013). O adolescente e suas representações sociais: apontamentos sobre a importância do contexto histórico. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 23 (3), 863-878. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000300011>

Rajamohan, Sharkey & Heavey (2018). Therapeutic approaches for suicidal adolescents. *Nursing*. 48 (9), 32–38. Doi: [10.1097/01.NURSE.0000544211.85664.4c](https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000544211.85664.4c)

Santos, M. G. (1999). *A dança e o movimento criativo no desenvolvimento da competência social: uma abordagem às terapias expressivas*. Dissertação de mestrado. UTL. Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa. ELI: [https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/29725/1/Mestrado-Psicomotricidade-Meire Silvana da Silva Farias.pdf](https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/29725/1/Mestrado-Psicomotricidade-Meire%20Silvana%20da%20Silva%20Farias.pdf)

Santos, J. et al (2014). + *Contigo: promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa*, Número: 9, Série Monográfica, 1ª Edição. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Santos, M. C. (2015). *Problemas de saúde mental em crianças e adolescentes – Identificar, avaliar e intervir.* (2ªed.) Lisboa: Edições Sílabo.

Saraiva, C., Gil, N., (2014). Conceitos e limites em suicidologia. In Peixoto, B., Saraiva, C. B., Sampaio, D. *Suicídio e comportamentos autolesivos. Dos conceitos à prática clínica*, (41-54). Lisboa: Lidel.

Shaffer, D., Kipp, K. (2010). *Developmental Psychology* (8ª edição). Georgia: Wadsworth, Cengage Learning.

Simões, M., Santos, G. D. (2011). Mediadores artísticos-expressivos e interacção social: estudo com crianças com perturbação do espectro do autismo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 1 (1), 369-378. ELI: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832328037>

Sobreira, C. D. (2008). Relação entre percepção auto-referida da imagem corporal de estudantes universitários da área de saúde e desenvolvimento da identidade corporal: um olhar psicodramático. *DPSedes–Departamento de Psicodrama–Instituto Sedes Sapientiae*, 1-6. ELI: http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicodrama/Imagem_Corporal_CelinaSobreira.pdf

Sousa B et al. (2018). Suicídio Na Infância E Adolescência: Fatores De Risco E Prevenção. *Journal of Child & Adolescent Psychology*. 9(2), 103 - 112. ELI: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=a9h&AN=140346825&lang=pt->

Souza, M. (2010). A Dramatização como Recurso Pedagógico em Enfermagem. *Revista Pró-UniverSUS*, 1 (1), 1-10. ELI: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/315>

Ventura, M. M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista SoCERJ*. 20(5), 383-386. Disponível em:

http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf

Vicente, L. (2005). Psicodrama: Transferência e contra-transferência. *Análise Psicológica*. 23 (2), 79-83. ELI:
http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312005000200001

Vinogradov, S., Yalom, I. D. (1992). *Manual de psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Washington Pinheiro, C. *et al.* (2019). Teoria Das Relações Interpessoais: Reflexões Acerca Da Função Terapêutica Do Enfermeiro Em Saúde Mental. *Enfermagem Em Foco*, 10(3), 64–69. Doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2291>

World Health Organization (2014). *Preventing suicide - a resource for non-fatal suicidal behaviour case registration*. Geneva, Switzerland. ELI:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112852/978924150%206717_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization (2016). *Preventing suicide - A global imperative*. Geneva, Switzerland. ELI:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/?jsessionid=C94491E29AB828C05F36373CA4D7D6B9?sequence=1>

World Health Organization (2018). *Strategic Guidance on Accelerating Actions for Adolescent Health in South-East Asia Region (2018–2022)*. ELI:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274312/9789290226475-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Yalom, I. D. (2006). *Psicoterapia de grupo : teoria e prática* - Irvin D. Yalom, Molyn Leszcz. (5ªEd.). Porto Alegre: Artmed.

Zimmerman, D. & Osorio, L. *et al* (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artmed Editora.