



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

As Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica: Processo de Autoformação no contexto de Psiquiatria da Infância e Adolescência

Ana Margarida Rodrigues Dâmaso

Orientação: Prof.^a Dr.^a Lucília Nunes

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

As Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica: Processo de Autoformação no contexto de Psiquiatria da Infância e Adolescência

Ana Margarida Rodrigues Dâmaso

Orientação: Prof.^a Dr.^a Lucília Nunes

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Évora, 2018

Constituição do Júri

Presidente: *Prof. Dr. Adriano Pedro*

Arguente: *Prof. Dr. Manuel Lopes*

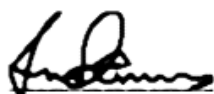
Orientadora: *Prof. Dr.^a Lucília Nunes*

Declaração

Declaro por minha honra que o presente Relatório é original, que o elaborei especialmente para este fim e que identifico devidamente todos os contributos de outros autores, bem como os contributos significativos de outras obras publicadas da minha autoria.

Tenho conhecimento que a dissertação irá ser disponibilizada em formato aberto no Repositório da UE integrante da rede do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, operado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Évora, 13 de junho de 2019



Ana Margarida Rodrigues Dâmaso

“We dance for laughter,
we dance for tears,
we dance for madness,
we dance for fears,
we dance for hopes,
we dance for screams,
we are the dancers,
we create the dreams.”

Albert Einstein

“My sign is vital
My hands are cold
And I'm on my knees
Looking for the answer
Are we human
Or are we dancer?”

Human – The Killers

Em prol do (des)envolvimento, (des)preconceito e (in)visibilidade da Saúde Mental no nosso país e no mundo... e porque a mim me transformo e evoluo no cuidado ao Outro

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Joaquim Lopes, orientador dos estágios que realizei no âmbito da Especialidade e guia desta minha caminhada, com o seu olhar reflexivo sobre as experiências em Enfermagem e o modo como estas influenciam o (meu) desenvolvimento pessoal e profissional,

À Prof.^a Dr.^a Lucília Nunes, por aceitar caminhar a partir do meio e construir mais que o “pé-de-flor”, permitindo o florescimento,

Aos Enfermeiros Susana, Ricardo, Margarida e Lurdes e à Prof.^a Patrícia pela sabedoria, incentivo e motivação,

Aos colegas mestrandos, pelos momentos de partilha e de entreaajuda,

Ao Departamento de Pedopsiquiatria do HDE, na pessoa do Sr. Enfermeiro-Chefe António Nabais,

Às chefias e aos colegas dos serviços onde tenho vindo a desempenhar funções,

Àqueles que se cruzaram comigo neste percurso do cuidar, que possibilitaram o desenvolvimento das minhas competências e me ajudaram a olhar para dentro,

Aos mais importantes:

Os meus pais, que suportaram a jornada; e aos amigos e família que suportaram a ausência

Entrego-vos a minha gratidão

RESUMO

Relatório de Estágio elaborado no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, reportando a realização de dois estágios (hospitalar e comunitário) que fundamentam a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista baseadas na experiência na prestação de cuidados à criança e adolescente.

Enquanto processo autoformativo, considera-se a teoria de Patricia Benner para ilustrar a experiência. A prática em contexto hospitalar incluiu a implementação da Atividade Terapêutica Dança e Movimento, baseada na metodologia 5 Rhythms e cujos resultados mostram ser benéficos na aplicação com grupos de crianças e adolescentes.

PALAVRAS-CHAVE: ENFERMAGEM; SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E ADOLESCENTE; AUTOFORMAÇÃO;
DANÇA MOVIMENTO TERAPIA

COMPETENCES OF MENTAL AND PSYCHIATRIC HEALTH NURSING: SELF-LEARNING
PROCESS IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE PSYCHIATRY

ABSTRACT

Internship Report from the 1st Masters Course in Nursing in Association in the Area of Specialization in Mental Health and Psychiatric Nursing, reporting the accomplishment of two internships (hospital and community) that reflect the acquisition and development of nurse specialist specific skills, based on an experience of a children and adolescents care setting.

As a self-learning process, Patricia Benner's theory is used to illustrate the experience. The practice in the hospital context included the implementation of a Therapeutic Activity Dance/Movement, based on the methodology of Rhythms 5 and whose results show the benefits in the application with groups of young people.

KEY-WORDS: NURSING; SELF-LEARNING; CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH;
DANCE/MOVEMENT THERAPY

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndices.....	53
Apêndice I – Grelha de Observação da Atividade Terapêutica Dança e Movimento.....	54
Apêndice II – Revisão Integrativa da Literatura: Dança e Movimento com crianças e adolescentes - atividade terapêutica em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.....	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Plano Terapêutico Comportamento Alimentar.....	24
Figura 2 - Ciclo 5 Rhythms Dancing.....	27
Figura 3 - Exemplo de plano de sessão	30
Figura 4 - Word Cloud: Feedback das sessões de DM.....	31
Figura 5 - De Iniciado a Perito: Cinco níveis de conhecimento em Enfermagem	31

SIGLAS

APA – American Psychology Association

ARC – Avaliação do Risco Clínico

CIPE – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

DM – Dança/Movimento

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSM – Plano Nacional para a Saúde Mental

SIC – Segundo informação do cliente

SMIA – Saúde Mental da Infância e da Adolescência

SMIJ – Saúde Mental Infantojuvenil

UIPIA – Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência

ÍNDICE GERAL

<i>Introdução</i>	12
<i>I. A Experiência Clínica</i>	15
<i>Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência</i> ..	18
<i>Dança e Movimento: Atividade Terapêutica em ESMP</i>	26
<i>5 Rhythms (5 Ritmos)</i>	27
<i>Atividade Terapêutica Dança e Movimento</i>	28
<i>Sessões</i>	30
<i>A Área de Dia</i>	35
<i>Grupo Terapêutico</i>	37
<i>II. Do Processo de Autoformação às Dinâmicas Terapêuticas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica</i>	38
<i>O Processo de Autoformação</i>	38
<i>Psiquiatria de Adultos</i>	40
<i>Contributos do Estágio I</i>	40
<i>Experiência Profissional</i>	43
<i>Reflexão Pessoal</i>	45
<i>III. O desenvolvimento de competências</i>	42
<i>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</i>	42
<i>Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria</i>	49
<i>Conclusão</i>	53
<i>Referências</i>	55
<i>Apêndices</i>	59

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio, no qual se insere a descrição do percurso efetuado na Unidade Curricular Estágio Final, reflete a prática em contexto clínico decorrida em seis meses numa Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (UIPIA) bem como na Área de Dia de Pedopsiquiatria do mesmo departamento hospitalar, entre setembro de 2017 e março de 2018.

O Relatório da Avaliação do Plano Nacional para a Saúde Mental (PNSM) 2010-2016 sugere a reorganização dos Serviços de Saúde Mental da Infância e da Adolescência (SMIA), reforçando a prioridade da intervenção nesta área específica, fundamentando que são várias as patologias psiquiátricas observadas em adultos com início antes dos 18 anos e elevado impacto na sociedade. (Xavier et al, 2017)

Ainda que se considerem os investimentos realizados nos últimos anos na área da Saúde Mental, tanto no panorama nacional como internacional, os dados que se referem às crianças e jovens continuam a ser bastante preocupantes. O Plano Nacional para a Saúde Mental enfatizou as necessidades do reforço no acesso aos serviços de Pedopsiquiatria, a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados em Saúde Mental e o aumento do número de profissionais especializados representam alguns dos ganhos nesta área, a par da Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, em revisão. (SNS, 2018)

Integrado no plano de estudos do I Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação (MEA), da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora (ESESJD), a par da Escola Superior Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias – Instituto Politécnico de Castelo Branco Dr. Lopes Dias (ESALD/IPCB), Escola Superior Saúde – Instituto Politécnico de Beja (ESS/IPB), Escola Superior Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre (ESS/IPP), com os contributos das diversas Unidades Curriculares que consta do Plano de estudos, a aquisição de competências da área de especialidade compreende a realização de um estágio no qual sejam demonstradas e avaliadas as competências académicas e profissionais de acordo com a regulamentação da profissão, em vigor.

Os objetivos do Estágio Final são:

- Integrar as equipas multidisciplinares nos contextos de Internamento e Área de Dia;
- Desenvolver intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, no cuidado às crianças e adolescentes bem como às suas famílias ou cuidadores informais;
- Discutir planos de intervenção, processos de enfermagem e estudos de caso com os orientadores;
- Desenvolver, em parceria com a orientadora clínica, a atividade terapêutica “Dança e Movimento” (planeamento, execução e avaliação) na UIPIA;
- Desenvolver a capacidade de análise crítica e reflexão das experiências vividas e observadas em contexto clínico, favorecendo o autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal.

Visto tratar-se de um Estágio a decorrer em duas valências de um mesmo departamento, internamento e comunitário, optou-se por recorrer à metodologia de Relatório de Estágio, no qual se integrou a implementação de uma atividade-projeto para o serviço em questão, sendo que deste modo poderá transparecer de um modo mais fundamentado o modo como as competências do EEESMP foram desenvolvidas bem como o potencial que este tipo de instrumento representa para o profissional-estudante.

Considerando a Prática, recorrendo ao conceito Marxiano de *Praxis* que pode ser descrito como “a atividade concreta pela qual os sujeitos se afirmam no mundo, modificando a realidade objetiva e, para poderem alterá-la, transformando-se em si mesmos (...) e a ação que, para se aprofundar de maneira mais conseqüente, precisa de reflexão, do auto-questionamento, da teoria (...), a teoria que remete à ação, que enfrenta o desafio de verificar seus acertos e desacertos, cotejando-os com a prática (Konder, 1993, p. 115), e Experiência derivada do latim *experientia*, referindo a ensaio, prova ou tentativa, podendo ser admitida como “conhecimento adquirido por prática, estudos, observação, etc.; (...)” (Priberam, 2018) penso que, mais do que Prática, mas sim através dela, considera-se esta passagem como uma Experiência, pois a aquisição de competências daí decorrente emerge não só da realização e execução procedimental, mas mais ainda, da reflexão do observado, do posteriormente estudado, da sua aplicação e análise vivencial.

O Relatório de Estágio é redigido segundo o Novo Acordo Ortográfico, seguindo as normas da American Psychology Association (APA) e encontra-se estruturado com Introdução e três capítulos nomeadamente um primeiro onde é descrita a Experiência Clínica, que inclui a promoção da saúde mental dos utentes através da estruturação e dinamização de uma atividade terapêutica de grupo com recurso à Dança e ao Movimento, bem como a participação num grupo terapêutico de sociodrama com adolescentes; o segundo no qual é feita referência à teoria de Benner em ligação ao Processo de Autoformação; e por último, o terceiro que reflete o modo como a aquisição de competências específicas de ESMP se inseriu no decurso do MEA.

Segundo o Art.20º do Decreto-Lei n. 963/2016 de 13 de setembro, o grau de mestre é conferido após a conclusão de um ciclo de estudos no qual se integra um curso de especialização e, de acordo com os objetivos específicos, discussão pública e aprovação de uma dissertação científica, um trabalho de projeto ou um estágio profissional refletido em relatório final, como é este caso.

Deste modo, os objetivos deste relatório são:

- Integrar a reflexão crítica do vivido na prática clínica
- Expor o desenvolvimento e conclusões da realização do estágio profissional
- Utilizar fundamentação teórica e recorrendo à evidencia científica
- Descrever as aprendizagens em ligação às competências do EEESMP

Salvaguardando os princípios da integridade académica e do rigor e integridade científica, bem como a confidencialidade e anonimato e o respeito pelos intervenientes. É igualmente garantida a conformidade com as normas e procedimentos éticos de investigação.

A Experiência Clínica

“I would only believe in a God who could dance.” Friedrich Nietzsche

As questões de saúde mental ligadas às crianças e aos jovens emergiram da necessidade de estudar o comportamento e problemas emocionais (Monteiro, 2014). Estima-se que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresentam problemas mentais sendo cada vez mais indispensável a detecção e intervenção precoce. (Monteiro, 2014)

Além do tratamento precoce e reabilitação, o investimento na SMIA deve ser efetuado enquanto questão de Saúde Pública a nível da Promoção e Prevenção, de acordo com as diretivas internacionais. Particularmente a intervenção com crianças e jovens, implica ainda o envolvimento das áreas da Justiça, Segurança Social, Educação e Ambiente. (Xavier et al, 2017)

O conceito de Saúde Mental infantojuvenil (SMIJ) engloba a promoção, prevenção e tratamento e tornou-se mais visível em Portugal no séc. XX, através dos contributos de profissionais não só das áreas da saúde como também da educação e das artes, recebendo posteriormente atenção das áreas sociais e do Direito. Em Portugal, só em 1959 foi criada a especialidade intitulada neuropsiquiatria infantil, passando mais tarde a psiquiatria da infância e adolescência, tendo como referências iniciais António Aurélio da Costa Ferreira e Vitor Fontes e, nas últimas décadas, João dos Santos, Coimbra de Matos e Celeste Malapique. (Monteiro, 2014)

“O modelo biopsicossocial faz uma integração dos conhecimentos mais vantajosa para o doente. Conjuga as áreas da genética e da neurologia com as da psicologia – cognitivas, afetivas, interpessoais e comportamentais, inseridas nos contextos familiar e social (Monteiro, 2014: 5)”. Sendo que os enfermeiros exercem as suas competências ao longo de todo o ciclo vital e em diversos contextos, são um pilar essencial no seio da equipa multidisciplinar, permitindo o trabalho junto não só do cliente como da família e comunidade.

Assistimos atualmente a um maior enfoque nas questões ligadas à saúde mental e, sobretudo, às que se relacionam às crianças e aos adolescentes. No entanto, muito caminho

existe por desbravar até que dos planos se passe à ação e que todos os intervenientes, principalmente os da clínica, que lidam com os utentes, se dotem de ferramentas que permitam o melhor cuidado a esta população.

Em 2007, a Organização Mundial de Saúde e a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e a OMS-Europa salientavam a intervenção prioritária na saúde mental, ao afirmar que das dez doenças consideradas incapacitantes, cinco são psiquiátricas e que uma em cada cinco crianças evidenciava problemas de saúde mental, com tendência a aumentar. (ACS, 2008)

Desde a formação dos profissionais, à adaptação das estruturas assistenciais, a criação de equipas e locais especializados e, sobretudo, da articulação entre serviços, exigem ações imediatas. Monteiro (2014) identifica como áreas a refletir:

- A necessidade de criação de equipas de saúde mental com psiquiatras da infância e da adolescência, psicólogos, terapeutas, técnicos do serviço social e enfermeiros;
- A delegação de mais competências de atendimento, avaliação e tratamento noutros profissionais, diminuindo a perspetiva medicocêntrica;
- A diminuta formação em psicoterapias, desenvolvimento pessoal e autoconhecimento vs. a excessiva utilização de psicofármacos;
- Adequação da indústria farmacêutica às necessidades das pessoas e à formação dos clínicos prescritores, considerando os princípios éticos;
- Necessidade de criação de consultas e planos de intervenção específicos, no que respeita a jovens institucionalizados ou em família de acolhimento (que apresentam maior prevalência psicopatológica);
- Revalorização da psiquiatria forense no âmbito da SMIJ no que respeita à proteção de menores no sistema judicial;
- Fomentar a colaboração e articulação entre as disciplinas comuns, como a pediatria, a neuropediatria, a psiquiatria e a psicologia;
- Elaboração e implementação de planos nacionais a nível dos cuidados de saúde primários, ensino, segurança social e justiça.

A Ordem dos Enfermeiros (2015) acrescentou que é necessário a mudança do paradigma biomédico e hospitalocêntrico para um holístico, comunitário, com mais informação sobre saúde mental e prevenção de doença, como a depressão e o stress, a melhoria da inclusão social e combate à discriminação e estigma e desenvolver a promoção da saúde mental.

“Na infância e adolescência, tendo em conta a elevada prevalência das perturbações mentais associada a uma alta taxa de comorbilidade e a continuidade frequente da psicopatologia grave na idade adulta, torna-se imprescindível o reconhecimento do peso económico e social que estas perturbações determinam, e que vai muito para além do custo económico para os serviços de saúde (Xavier et al, 2017:53)”.

Para que existam serviços de saúde mental de qualidade, é necessário recorrer a práticas e protocolos baseados em evidências, que incluam a intervenção precoce, o respeito pelos direitos humanos e pela autonomia individual e a proteção da dignidade humana (WHO, 2013). Os serviços baseados na comunidade e de assistência social, a par da articulação entre cuidadores formais e informais e a continuidade de cuidados entre diferentes instituições são igualmente descritos como essenciais no que se refere à melhoria do acesso aos cuidados de saúde mental. Outro elemento chave na promoção do autocuidado pode ser o uso de tecnologias da saúde eletrónicas e móveis (WHO, 2013).

Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

“So, I guess we are who we are for alot of reasons. And maybe we'll never know most of them. But even if we don't have the power to choose where we come from, we can still choose where we go from there. We can still do things. And we can try to feel okay about them.”

Stephen Chbosky, The Perks of Being a Wallflower

A Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (UIPIA) está inserida num Hospital especializado e tem como finalidade dar resposta a crianças e adolescentes em situação aguda de doença psiquiátrica. Além desta Unidade de Internamento, o Departamento em que esta se insere engloba ainda a consulta externa de Pedopsiquiatria, serviço de urgência interna e externa 24/7 e Enfermagem de ligação.

A Área da Psiquiatria da Infância e Adolescência deste departamento inclui cinco equipas de ambulatório e duas equipas especializadas: Primeira Infância (dos zero aos cinco anos) e a Juvenil (para adolescentes dos treze aos dezoito anos), com Hospital de Dia da Adolescência.

A UIPIA abrange dos zero aos 17 e 365 dias de idade e tem uma duração média de internamento de 31 dias. Tanto a UIPIA como a Área de Dia da Infância e Hospital de Dia da Adolescência têm como diretor um médico Pedopsiquiatria e a nível da Enfermagem todo o departamento é chefiado por um Enfermeiro-Chefe. Na UIPIA existem 6 equipas, compostas por um chefe de equipa e 3-5 elementos, completando uma equipa de 26 enfermeiros no total. Dezoito dos enfermeiros são especialistas em ESMP. O método de trabalho é por enfermeiro de referência, sendo que cada uma das 16 crianças internadas deve ter, sempre que possível, dois elementos da equipa atribuídos. O enfermeiro de referência é responsável pela elaboração de um plano terapêutico individualizado, partilhado e discutido não só com a equipa de enfermagem como também em reunião multidisciplinar, articulando entre todos os intervenientes. De segunda a sexta-feira são realizadas duas reuniões multidisciplinares – com enfermeiros, médicos, psicóloga, terapeuta ocupacional e psicomotricista -, no decorrer do turno da manhã: uma com a equipa de urgência e uma apenas sobre os utentes do

internamento, sendo que os casos são alternadamente discutidos, não se repetindo em dias consecutivos.

Considerando a Teoria de Betty Neuman (1995), na qual as intervenções de enfermagem objetivam prevenir, restaurar ou manter a saúde do indivíduo, família e/ou grupo centrando-se na influência das variáveis na resposta da pessoa ao *stress*, e que utiliza como paradigma a pessoa, o ambiente, a saúde e enfermagem, neste contexto reforça-se a importância na mobilização de todos os intervenientes, desde os cuidadores formais ou informais, como escola e instituições a que a criança/adolescente possa estar ligada. A autora entende a pessoa como um sistema aberto em constante interação com o meio interno e externo, numa perspectiva dinâmica e holística (mental, física, social e espiritual) estando, portanto, exposta permanentemente à mudança, como via de resposta aos estímulos na tentativa de satisfação das suas necessidades e do equilíbrio do bem-estar. Um nível ótimo de bem-estar corresponde ao melhor estado de saúde para a pessoa, num determinado momento. Como modelo de intervenção, Neuman considera três níveis: prevenção primária – avaliação da pessoa, identificação e redução de stressores ambientais e promoção da saúde; prevenção secundária – estabelecem-se prioridades de intervenção e tratamento, para redução dos efeitos negativos dos stressores; e prevenção terciária – processos adaptativos que permitem ao cliente retomar o primeiro nível de prevenção.

Embora a unidade possa receber crianças a partir dos zero anos, na UIPIA encontrei maioritariamente crianças desde os 6 ou 7 anos de idade até aos 17, quase à beira da idade adulta, e que, como tal, se encontravam em fases muito distintas do seu crescimento. No caso da primeira infância, as crianças são usualmente colocadas em ambiente pediátrico com apoio da equipa de ligação do departamento.

A OMS considera “adolescentes” (*Adolescents*) aqueles que têm entre 10-19 anos e “jovens” (*Youth*) entre 15-24, sendo que o grupo dos 10-24 é considerado “Pessoas jovens” (*Young People*). (WHO, 2018) O cruzamento das diferentes faixas etárias eleva a complexidade na gestão e prestação de cuidados sendo, portanto, fundamental, uma adequada gestão do ambiente terapêutico (ou *Milieu Thérapeutique*, conceito introduzido por Pinel). Uma criança de 7 anos e um adolescente de 17 encontram-se em fases de desenvolvimento muito diferentes, tornando também os seus cuidados bastante díspares. No entanto, encontram-se ambos sob os mesmos cuidados, no mesmo espaço físico, com as mesmas regras institucionais e com semelhantes ofertas terapêuticas. Como tal, atualmente, e em muito devido a estas

características sociais e comportamentais dos mais jovens e com a definição do conceito de adolescência estendida até aos 24 anos de idade pela OMS, foi criada uma unidade para dar resposta a uma faixa etária mais alargada, com características semelhantes, incluindo a intervenção dos 15-25 anos, cuja equipa corresponde à combinação de elementos da UIPIA com elementos de uma unidade de adultos.

Compreender as suas necessidades através do que nos fazem chegar – às vezes um silêncio, outras vezes um olhar; até que, por algum motivo, um dia, alguns são capazes de o transpor para palavras ou atitudes. Fazem-me pensar sobre a minha própria infância e adolescência, quando não entendia o porquê de sermos todos tão diferentes. Talvez no meu imaginário à altura, todos seriam como eu, todos tivessem em casa, à sua espera, o abraço do pai, da mãe ou da avó para quando algo corresse menos bem. É esta uma das maiores necessidades (ou pedidos latentes) de afeto que me chegavam da parte destas crianças.

Também as dificuldades que têm em expressar as suas mensagens se pode dever à falta de serem escutados – não ouvidos, mas escutados, ativa e efetivamente -, de verdade, com os dois ouvidos e dois olhos bem abertos só para eles, a ressoar na cabeça e no coração. É que quando não nos ouvem, quando não entendem aquilo que queremos dizer, através da maneira que o sabemos e conseguimos, recorremos a estratégias alternativas, muitas vezes menos claras e adequadas, menos esperadas e que podem, sim, levar mensagens incorretas a quem nos rodeia. E isto só aumentará o fosso existente entre o que estes miúdos dizem e o que querem, realmente, dizer.

Mais difícil com crianças do que com adultos é compreender o que de real ou confabulação existe no seu discurso. Lembro-me de ficar ambivalente quando uma criança nos reportou ter sido vítima de abuso sexual pelo irmão mais velho. Recordo-me de ter prontamente acreditado no que me dizia, mas mais tarde, quando referiu que estava a ser vítima de abusos também no internamento, levou-me a questionar quão de psicótico poderia haver no seu discurso e no seu pensamento.

É o caso das automutilações, que surgem em formato de corte (com facas de plástico, palhinhas para beber, cartas de jogar, giletes), os locais habituais são os membros superiores e inferiores e que, quando questionadas, as crianças respondem-nos frequentemente que “foi para sentir um alívio momentâneo”, ainda que observemos a dor que surge posteriormente, o impacto das alterações na autoimagem, o desvalorizar de um corpo e mente que sentem não

ser dignos de viver em determinadas circunstâncias. Assisti algumas vezes a situações de crianças que desde cedo foram expostas e envolvidas em comportamentos de risco como o consumo de substâncias tóxicas (frequentemente, canabinoides, também bastante comum entre adultos) ou abusos (violência, sexuais), que não escolheram presenciar. Crianças institucionalizadas, vítimas de *bullying* e com ameaças de suicídio. Como podem elas voltar a confiar nos adultos se as supostas figuras de referência que tiveram até ao momento as conduziram a lugares tão difíceis de viver?

Acontecia por vezes algumas das crianças comemorarem o seu aniversário no internamento. Nesses momentos questionava sobre como é que estes pequenos seres humanos, com uma história ainda tão curta da sua vivência, irão lembrar estes dias que, para as crianças, costumam ser tão significativos, rodeados de festa, alegria, de família e amigos. Como será para uma criança estar longe, não apenas nos restantes dias, mas durante este, tão importante.

Outra particularidade da UIPIA é o quarto de confinamento/isolamento para contenção espacial. No caso destas crianças, muitas vezes serem levadas para esse espaço era a única alternativa que tinham, pois não conseguiam reconhecer os seus limites e muitas vezes se colocavam em risco a eles e aos outros. Para que permaneçam neste local, é necessária a presença de pelo menos um profissional de saúde (enfermeiro, assistente operacional ou médico). Neste quarto apenas existem colchões e paredes acolchoadas. Há uma janela inquebrável, que apesar de toda a tentativa de minimização de riscos e de lesões, cheguei a observar crianças com comportamentos lesivos - mais auto que hétero -, por exemplo nos quais as crianças batiam propositadamente com a cabeça contra a janela ou contra o chão ou em que tentavam empilhar os colchoes para se atirarem para o chão. As estruturas físicas são um ponto fulcral no cuidado aos utentes, principalmente quando se fala de um serviço em que estes circulam durante todo o dia, ao contrário do que habitualmente acontece em outros serviços, nos quais os utentes permanecem a maioria do tempo no quarto.

O período de refeições neste serviço é algo peculiar. Inicialmente as refeições eram realizadas em conjunto com todas as crianças, na mesma sala, o refeitório, situado à entrada do serviço e junto à copa e no qual os profissionais disponíveis davam apoio. Posteriormente, para que se pudesse prestar um cuidado mais próximo, supervisionar as refeições (quanto e como se alimentam – particularmente importante no casos das crianças com perturbação do comportamento alimentar -, qual o comportamento em grupo nas refeições, utilização de

utensílios de cozinha, gostos), gerir conflitos e até servir de exemplo para aquelas crianças, procedeu-se à divisão entre duas salas, nas quais fica pelo menos um enfermeiro e um auxiliar destacado para permanência total durante esses períodos. Tive uma experiência interessante no primeiro dia em que decidi almoçar com aquelas crianças: alguém perguntava o porquê de comer determinado alimento, já que ela não gostava, outros questionaram o porquê de não ter finalizado o prato - tinha certamente exagerado na quantidade naquele dia -, e repararam até o modo como descasquei uma peça de fruta, diferente do que estavam habituados. Percebi ali que nós, adultos, somos um ponto de atenção e que mesmo muitas vezes sem darmos conta, aqueles miúdos que tantas vezes passam despercebidos, estão a observar-nos a nós e não lhes podemos falhar. Se assim acontecer – e isto foi algo bastante importante que a minha orientadora estava sempre a validar -, há que reconhecer a nossa falha e mostrar que ninguém é capaz de fazer tudo bem e quando se erra, o certo a fazer é aceitar e pedir desculpa.

Algo que noto ser benéfico para os cuidados, não só de enfermagem mas também a nível multidisciplinar, é o número reduzido de vagas face ao que é usual no nosso país (lotação máxima de 16 crianças para uma média de 4 enfermeiros na manhã (8:00-16:00), três na tarde (15:30-23:00) e dois na noite (22:30-08:30), com um dedicado sobretudo à gestão, preparação e administração terapêutica - entre as 8h e as 20h), ao contrário do que acontece nos serviços de psiquiatria de adultos que conheci, que apresentam um número de vagas máximo de cerca de 28 utentes e com um rácio mais baixo.

As visitas decorrem no turno da tarde, entre as 16:30 e as 18:30 horas, durante a semana e alargado ao fim de semana, com um horário das 14:30 às 16:00. A sala polivalente é preparada com mesas e cadeiras onde as famílias podem estar com as crianças, sob supervisão da equipa de enfermagem. Quando é necessário, são disponibilizados gabinetes para intervenções individuais com os cuidadores. Consoante o plano de intervenção estabelecido para a criança, há ainda a possibilidade de esta ter a visita no exterior do edifício onde poderá ir acompanhada de um enfermeiro ou, quando se encontra mais próximo da alta e se não existir qualquer outro impedimento, com o familiar de referência/cuidador. Por vezes é necessário mediar com as famílias – algumas crianças não querem estar com os pais, noutras situações os pais estão divorciados ou em processo de separação e são eles próprios que entram em conflito, enfim, uma variedade de fatores que podem condicionar um dos momentos importantes de cada dia no decorrer do internamento, visto que algumas destas crianças nunca estiveram separadas da sua família.

Neste contexto as crianças têm possibilidade de usufruir de computador com internet, televisão e videojogos no horário diurno, sob supervisão dos profissionais. O facto de existirem atividades programadas para todos os dias da semana, permite que tanto crianças como famílias e profissionais consigam organizar o cuidado individualizado a cada um, inserindo ou retirando o que convém mais a quem, possibilitando às crianças uma orientação temporal e uma organização semanal e diária, o que muitas vezes parece faltar em alguns dos lares de onde provêm. Por outro lado, há crianças que se comportam como adultos, com comportamento desinibido e excesso de maquilhagem por exemplo. Recordo-me de uma menina de 12 anos que, na sua admissão apresentava uma postura adulta e que uns dias mais tarde estava a “aprender a brincar” (SIC).

Na UIPIA, a avaliação do estado mental é conduzida por base em alguns teóricos e instrumentos específicos, como é exemplo o *Exame Psiquiátrico do Estado Mental*, de Baker, a *Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh* (versão portuguesa da WEMWBS) e a *Clinical Outcome in Routine Evaluation (CORE-OM)* - instrumento europeu de autorrelato para medir a saúde mental em adultos, idêntica em crianças na YP-CORE. A dor é avaliada através da Escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability). Outra área em desenvolvimento na UIPIA é o Risco Clínico. Os fatores a considerar são o suicídio, a agressividade (auto e hétero), autonegligência e vulnerabilidade, tendo por base a Avaliação do Risco Clínico (ARC) através da escala *GRiST: Child/Adolescent version*¹. Maravilha (2014) refere que “Mais do que uma resposta ao “*que devemos fazer*” enquanto enfermeiros perante determinada avaliação de risco, a GRiST é um meio de reflexão à tomada de decisão do enfermeiro, aquando do posterior planeamento de intervenções”, após aplicação deste instrumento no contexto em questão. Além destas, são ainda considerados o risco de violência, fuga, e reações adversas à medicação.

Já mais consolidada está a metodologia utilizada nos planos terapêuticos de crianças com perturbações do comportamento alimentar. No caso destas, a etapa final do seu plano de etapas inclui um almoço terapêutico, realizado no refeitório do hospital, no qual a criança organiza a disposição dos convidados (quem se senta onde) e serve-os. Normalmente são convidados os familiares e cuidadores de referência, o médico e o enfermeiro de referência.

¹ Grist: Child-Adolescent Version I: <https://www.egrist.org/sites/egrist.org/files/grist-questions-child-adolescent.pdf>

Este segue um plano de etapas, representado abaixo:



Figura 1 - Plano Terapêutico Comportamento Alimentar

Algumas das crianças e jovens com que fui cruzando, eram rostos conhecidos daquele serviço e já o frequentavam anteriormente.

No Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 considera como tendo risco significativamente maior de experienciar problemas de saúde mental alguns grupos vulneráveis tais como “membros de famílias que vivem na pobreza, pessoas com doenças crônicas, bebês e crianças expostas a maus-tratos e negligência, adolescentes expostos a uso de substâncias, minorias, populações indígenas, idosos, pessoas vítimas de discriminação ou de violação dos direitos humanos, lésbicas, gays, bissexuais, transgênero, prisioneiros e pessoas exposta a conflitos, desastres naturais e emergências humanitárias” (WHO, 2013)

Observamos que, em muitos dos casos, as crianças e adolescente que surgem com problemas psiquiátricos e ao nível da sua saúde mental provêm de contextos familiares problemáticos e socioeconomicamente desfavorecidos, como situações de famílias de acolhimento, institucionalizações, casos de violência doméstica, abuso sexual e antecedentes psiquiátricos em familiares ou cuidadores diretos.

“A pessoa é um ser único e, como tal, com vulnerabilidades próprias que, na área dos cuidados de saúde mental, podem determinar, em situação limite, ser envolvidos nos cuidados involuntariamente, pela aplicação do enquadramento legal específico. No mesmo sentido e dele decorrente, podem receber cuidados que, no momento, vão contra o seu desejo. Estas particularidades afetam a natureza da relação enfermeiro — cliente e podem colocar dilemas éticos complexos, que necessitam ser sistematicamente objeto de reflexão (OE, 2015).”

As situações de perda – como a morte de familiares diretos ou de outras pessoas de referência (como os avós, pais ou amigos, por exemplo), apresentaram-se igualmente como fatores contribuintes à alteração do estado de saúde mental de algumas crianças.

O regresso ao exterior acontece de modo progressivo. A preparação para a alta é iniciada aquando da admissão no internamento, ao serem atribuídos um ou dois enfermeiros de referência que têm a responsabilidade de estabelecer um plano individual para cada criança que é posteriormente discutido com o médico de referência e com toda a equipa multidisciplinar. Este processo é importante porque permite à criança ter adultos de referência que a poderão ajudar a ultrapassar esta etapa mais difícil da sua vida. É importante a partilha com a equipa pois permite uma estrutura e organização da própria criança e da atuação fundamentada, com intervenções individualizadas e específicas para aquela criança, naquele momento e naquela situação, considerando sempre claro as normas de funcionamento do serviço mas permitindo uma abrangência de atuação maior do que “a regra”, i.e., dependentemente das suas características, a criança é cuidada como um todo e, se necessário, são abertas exceções. Talvez exceção não seja o termo pois implicaria a existência de regras.

Durante a permanência de 6 meses da UIPIA tive oportunidade de observar também algumas mudanças no próprio contexto. Entre elas, a criação de uma equipa de enfermagem da UIPIA com permanência no serviço de urgência, enfermagem de ligação e o desenvolvimento de atividades terapêuticas específicas, formadas por grupos de 3-4 enfermeiros como Expressão Dramática, Cinematerapia, Psicoeducação, Culinária, Autocuidado, Relaxamento. À altura existia ainda Musicoterapia conduzida com um Psicólogo com formação específica, em estágio remunerado, que atualmente deixou de ter financiamento. No meu caso, talvez devido ao facto de a minha orientadora estar dedicada à atividade terapêutica Dança e Movimento, integrei este grupo de trabalho.

Dança e Movimento: Atividade Terapêutica em ESMP

“Eis o meu segredo: é muito simples, às vezes, não precisamos de palavras, só do som que vem do coração”

Antoine de Saint-Exupéry, O Príncipezinho

As intervenções de enfermagem carecem de fundamentação teórica pelo que a implementação de uma atividade terapêutica exigiu a busca pelo trabalho desenvolvido até então. Com influência do trabalho realizado por Patrícia Pereira com mulheres grávidas e crianças/jovens, em 2011, em que recorreu à dança através da metodologia “5 Ritmos” (*5Rhythms*) como mediador na intervenção terapêutica grupal em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, procurou-se adequar a metodologia ao contexto em questão (Pereira, 2011). Em 2013, seguindo as mesmas linhas e sob sua orientação, foi publicado o Relatório de Estágio de Patrícia Nunes – “Pulso 120: Promoção da saúde mental de adolescentes, utilizando a dança como recurso terapêutica em enfermagem”, reforçando a aplicabilidade da DM em ESMP.

Em 2006, enfermeiros finlandeses afirmaram que a “(...) dança pode ser utilizada como intervenção de enfermagem (...), que ajuda as pessoas a experienciarem a totalidade mental, física, social e espiritual (...) que pode promover a interação social com outros e a compreensão pessoal a vários níveis (Ravelin, Kylmä e Koorhonen).”

As intervenções decorrentes do projeto piloto de Pereira (2011), mostraram o surgimento de sentimentos de bem-estar nas grávidas e de sentimentos de alegria, bem-estar e tranquilidade nas crianças.

Em 2006, Ravelin, Kylmä, & Korhonen, identificaram a dança como veículo de expressão emocional não-verbal, apresentando, portanto, vantagem quando utilizada em pessoas com limitações comunicacionais. Além disso, Hogan (2008) demonstra o potencial da dança e movimento na libertação da tensão física e emocional.

Dois estudos publicados em 2005 afirmam os benefícios da DM com adolescentes, nomeadamente Holyoake & Reyner que revelam que “(...) estas sessões permitiram aos adolescentes reescreverem-se a eles próprios de forma criativa quando pensam sobre

determinadas situações e libertarem-se da sobrecarga das preocupações intelectuais, para além de favorecer a confiança e a espontaneidade” e no caso de Valladares et al que referem a dança e a máscara no sociodrama no caso de adolescentes em crise “favorece a descarga de tensões e a exteriorização da alegria, temores e fantasias (Nunes, 2013:17)”. Mais se verificou que no caso de raparigas adolescentes com sintomas psicossomáticos e de ansiedade, a dança melhorou os níveis do questionário *Self-Rated Health*, relacionando-os com o aumento da energia e da autoestima (Duberg, Hagberg, Sunvisson, & Möller, 2013).

5 Rhythms Dancing (5 Ritmos)

In dancing 5Rhythms you can track perceptions and memories; seek out gestures and shapes; tune into instincts and intuitions. They reveal ways to creatively express aggressiveness and vulnerability, emotions and anxieties, edges and ecstasies (5Rhythms, 2018)



A metodologia “5Rhythms Dancing” foi desenvolvida por Gabriel Roth e é utilizada em todo o mundo. “The 5Rhythms – Flowing Staccato Chaos Lyrical Stillness® – are states of Being (5Rhythms, 2018)

Figura 2 - Ciclo 5 Rhythms Dancing

Esta metodologia compreende cinco fases: Flowing, Staccato, Chaos, Lyrical e Stillness.

Flowing: fase de fluidez, onde se pretende proporcionar um clima de ativação baixa e fazer imergir o grupo no espaço;

Staccato: fase de gestos afiados, onde se explora um clima de ativação média, mas crescente de modo a entrar na fase seguinte;

Chaos: é a fase de desorganização, na qual emergem as emoções e o sujeito está disponível para vivenciar. Embora o clima de ativação seja alto, esta fase pode ser mais ou menos intensa e mais ou menos explorada, consoante os objetivos.

Lyrical: Fase mais suave, de retorno a um clima de ativação média, decrescente e de preparação para a última fase.

Stillness: fase de tranquilidade, onde se experimenta calma e relaxamento, retornando a si com sentimento de bem-estar. Baixa ativação, com progressiva entrada em fase de relaxamento.



Ilustração 1 - 5 Ritmos (5 Rhythms)

Atividade Terapêutica Dança e Movimento

Embora a nível nacional o trabalho desenvolvido nesta área seja escasso, conseguimos perceber que em outros países, a atividade terapêutica Dança e Movimento (DM) é utilizada em diversas situações, existindo inclusive várias associações especializadas, como são os casos da American Dance Therapy Association (ADTA), a European Association Dance Movement Therapy (EADMT), Dance Movement Therapy Association of Australasia (DTAA), entre outras. Há ainda quem considere a DM como intervenção psicoterapêutica, equiparando-a a outras psicoterapias conhecidas - como são a Arte Terapia, a Musicoterapia e a Dramaterapia -, segundo descrito pela Association for Dance Movement Psychotherapy (ADMP).

Pereira, em 2011, constata que “A dança como recurso terapêutico está formalmente reconhecida, nomeadamente a dança/movimento terapia. Apesar deste tipo de intervenção exigir formação formal por uma instituição académica e de por si só credenciar uma prática reconhecida como profissão em alguns países, em Portugal o panorama ainda é diferente. No entanto, os profissionais de saúde podem recorrer a determinados instrumentos desta abordagem expressiva e integrá-los na sua prática de cuidados.”

Os achados científicos mostram que além de o movimento exprimir o que muitas vezes as palavras por si só não permitem pela verbalização, a participação numa sessão de DM parece encorajar e facilitar o risco pessoal na partilha de movimentos e emoções. É, no entanto, importante que os participantes se consciencializem sobre o corpo e as emoções pelo que a intervenção do profissional deve contemplar a validação das variações de humor no decorrer da sessão e a experiência, no final (Anderson, Kennedy, DeWitt, Anderson, & Wamboldt, 2014).

Os resultados de diversos estudos sugerem ainda que em grupos de crianças submetidos à intervenção DM existe diminuição dos níveis de raiva e ansiedade (Koolae, Sabzian, & Tagvae, 2014) e que esta terapia apresenta benefícios para crianças com distúrbios emocionais, comportamentais e do espectro do autismo (Emck, 2014).

Sessões

Visto que nenhuma das dinamizadoras possuía formação específica em dança/movimento terapia, o objetivo das sessões planeadas para esta atividade supôs a extração dos benefícios dos mediadores dança e música, combinados, para a expressão emocional e promoção do bem-estar e não os pressupostos exigidos para a dança terapia.

Após a realização da Avaliação individual de cada utente e do Diagnóstico de Enfermagem do grupo, surgiram mais frequentemente os seguintes Focos:

- Auto-Cuidado: Actividade Recreativa “Tipo de Auto-cuidado com as características específicas: encarregar-se dos comportamentos de actividades com o objetivo de se entreter, divertir, estimular e relaxar.” (Amaral, 2010)
- Auto-estima: “Tipo de Auto-conceito com as características específicas «: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de auto-aceitação e de auto-limitação, desafio das imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento da mesma maneira que da crítica construtiva.” (Amaral, 2010)
- Interacção Social: “Tipo de Acção Interdependente com as características específicas: acções de intercâmbio social mútuo, participação e trocas sociais entre indivíduos e grupos.” (Amaral, 2010)

Deste modo, o planeamento das sessões de DM foi inicialmente estruturado seguindo somente a metodologia 5 Ritmos e com recurso a um manual de exercícios e respetivas músicas (Lellis, Fizola & Carvalho, 2002), reproduzindo a mesma técnica utilizada por Pereira (2011) e o seguinte formato:

		Playlist – DM_[Tema]	Música	Material necessário
1	Flowing			
2	Stacatto			
3	Chaos			
4	Lyrical			
5	Stillness			
	Partilha Final			

Figura 3 - Exemplo de plano de sessão

Enquadradas na planificação semanal no serviço, as sessões têm duração aproximada de 45' e ocorrem a todas as terças-feiras, em simultâneo com atividades de Terapia Ocupacional, sendo que os 16 utentes são divididos em dois grupos, um da parte da manhã e outro à tarde. Excepcionalmente, houve dias em que foi necessário realizar apenas uma sessão, geralmente da parte da manhã, devido às características do grupo de internados (por exemplo, ausência de utentes do serviço ou repouso obrigatório).

Conforme as datas abaixo, as temáticas abordadas nas sessões foram as seguintes:

<i>Sessão</i>	<i>Tema</i>	<i>Data</i>	<i>Sessão</i>	<i>Tema</i>	<i>Data</i>
1	Primeiro Contacto	24.10.17	13	Tecnologia	16.01.18
2	Movimento	31.10.17	14	[s.n.]	23.01.18
3	[s.n.]	07.11.17	15	Coesão Grupal*	30.01.18
4	[s.n.]	14.11.17	16	[s.n.]	06.02.18
5	[s.n.]	21.11.17	17	[s.n.]	13.02.18
6	Confiança	28.11.17	18	Amor	20.02.18
7	Autoestima	05.12.17	19	Ciclo de Vida	27.02.18
8	Viagens	12.12.17	20	Medo	06.03.18
9	Natal	19.12.17	21	Raiva	13.03.18
10	Jogos de Natal*	26.12.17	22	<i>Wild Things</i>	20.03.18
11	Recomeçar	02.01.18	23	Adios	27.03.18
12	[s.n.]	09.01.18			

*As sessões decorreram sem a minha presença (interrupção letiva)

Da avaliação feita pelas enfermeiras dinamizadoras da atividade sessão após sessão - incluindo o feedback dos utentes, adicionou-se uma fase inicial, de aquecimento e uma fase final de relaxamento e a seleção musical passou a ser reproduzida a partir de playlists musicais especificamente criadas pelas dinamizadoras no serviço digital de música Spotify® para os temas a abordar em cada sessão, bem como os exercícios passaram a ser mais diversificados. Em cada sessão e consoante a temática e exercícios em questão incluimos sempre um computador portátil, colunas e mantas ou cobertores. Os estímulos externos são reduzidos ao máximo: as janelas são tapadas e a porta fechada após todos estarem na sala., de modo a garantir o conforto e segurança ao grupo. Na partilha inicial são explicadas as normas da sessão, dando ênfase ao facto de estar descalço e em silêncio, i.e., os sapatos ficam do lado de fora e as palavras são utilizadas apenas no início e no fim, desde que a música toca até parar. No decorrer dos exercícios, a comunicação é realizada não-verbalmente, por movimentos, gestos e olhares que se cruzam. Existe apenas um dinamizador que conduz a sessão e orienta a realização dos exercícios, o propósito dos mesmos, pois ali não é necessário saber dançar, ali o que interessa é sentir o dançar.

Na partilha final, questionam-se os utentes sobre “Como foi a sessão? O que e como se sentiu?” e anota-se numa grelha elaborada para esse fim (Ver Apêndice I), tal como o seu comportamento na globalidade da sessão, sendo este conteúdo posteriormente inserido nos registos de enfermagem. Alguns desses exemplos encontram-se descritos, abaixo:

I: “Desconfortável - Saí da minha zona de conforto e depois de estar desconfortável houve momentos em que me senti bem e agora sinto-me aliviada”; Renitente à participação no início da atividade, lábil, tensa, referindo “não consigo”; No decorrer da atividade esboçou sorrisos espontâneos e permitiu-se ao contacto com os outros, embora mantendo postura rígida e tensa, com aparente dificuldade em confiar e aceder à expressão pelo movimento.

T: “aliviada, com menos peso face ao início da sessão”

B: “Relaxante”

R: “senti-me animada durante a atividade. É igualmente difícil a expressão pelo movimento como por palavras”

M: “Foi uma sessão bastante diferente, gostei muito. Senti muitas emoções: alegria, medo”

P: “Senti-me relaxado. Gostei da parte das vendas, mas preferi o embalar da manta e do relaxamento”

D: “Gostei muito, mas estou dividida entre dois sentimentos: uma alegria serena e uma tristeza profunda”

E: “Senti que os meus movimentos eram como os meus medos” [explicando que conseguiu aceitar a proposta da sessão e sentir-se capaz de ultrapassar os seus medos]

F: “A sessão foi tranquila, tinha saudades da atividade” (ausente por restrição alimentar nas últimas duas semanas).

A: Na partilha refere que usufruiu mais desta atividade que a anterior, afirmando que “algo mudou em mim” (sic). Refere que a atividade foi divertida e que se sentiu confortável.

B: Na partilha refere que se sentiu constrangida na atividade e o quão difícil é expressar aos outros o quanto gosta deles, acrescentando que gostaria que fazer diferente.

D: Na discussão refere que a atividade foi interessante, mas que no final se sente triste por perceber que a liberdade que sentiu na atividade não se vai manter. Descreve que no dia-a-dia é frequente “não sentir nada” e que isso a deixa angustiada. Durante este discurso com pouca ressonância afetiva para a problemática.

N: Na discussão refere sentir-se alegre e enuncia ter descoberto um aspeto sobre si, que ele não quer partilhar com o grupo nem com a equipa, e que enfatiza querer partilhar com a mãe.

S: “Senti-me relaxada. Foi libertador podermos expressar sem ser pela palavra, exemplificando animais, podemos recorrer ao nosso imaginário”

Figura 4 - Word Cloud: Feedback das sessões de DM

A Área de Dia

“So, this is my life. And I want you to know that I am both happy and sad and I'm still trying to figure out how that could be.”

Stephen Chbosky, The Perks of Being a Wallflower

Todas as semanas, à quarta-feira de manhã, existe uma reunião multidisciplinar com enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos e psicomotricistas/terapeuta ocupacional em que se discutem casos de crianças que são acompanhadas na Área de Dia. Uma vez por mês, um profissional ou grupo apresenta um caso de particular interesse para a equipa. Muitas vezes são situações em que existem dúvidas, incertezas, possibilidades terapêuticas que se esgotaram e que precisam de ser reorientadas ou até mesmo observadas por outros, com outras experiências e chegar a caminhos que, talvez antes, não fizessem sequer parte do campo de visão.

Tive oportunidade de assistir à apresentação de um Estudo de Caso em equipa multidisciplinar, que decorreu com a apresentação da história familiar pela Enfermeira, com genograma e enquadramento/descrição do caso do utente; apresentação da avaliação psicológica (desenho intelectual com base na WISC – Wechsler Intelligence Scale for Children) e um resumo pelo diretor clínico do departamento. Neste caso, tratava-se de uma criança com hipótese diagnóstica de Perturbação Oposição e Desafio².

Nestas reuniões são abordadas questões pertinentes não só aos casos em questão, mas pensadas situações que poderão ser aplicáveis a outros. Por exemplo, surgiu uma inquietação na equipa sobre o modo como se poderia intervir junto de crianças com alterações comportamentais cujos pais estão ou estiveram presos, e as dificuldades que as equipas enfrentam, tal como a limitação no rastreio pelas escolas ou centros de saúde que, por se encontrarem mais próximos da comunidade, têm um papel chave na triagem e referência destas situações, bem como a importância de existirem tutores de resiliência³ e a sua continuidade temporal.

Além da reunião multidisciplinar semanal, acontece ainda uma vez por mês uma reunião de departamento em que são abordados temas comuns às várias unidades que o constituem, como por exemplo casos de utentes admitidos em internamento que iniciaram posteriormente acompanhamento na Área de Dia.

² A Perturbação de Oposição Desafiante conforme descrito no DMS-V caracteriza-se por um quadro de pelo menos 6 meses de irritabilidade, hostilidade, comportamentos desafiantes/questionador e índole vingativa, com impacto na vida social, escolar e familiar (American Psychiatry Association, 2013).

³ O conceito de “Tutor de Resiliência” foi introduzido por Boris Cyrulnik (2001) que considera que este é alguém que acompanha e ajuda o sujeito a suportar o sofrimento e superá-lo, promovendo assim a entrada no processo de resiliência.

Grupo Terapêutico

Existem vários tipos de grupos terapêuticos no contexto psiquiátrico em que os enfermeiros podem liderar as intervenções (Towsend, 2011). Por exemplo, na abordagem dramática desenvolvida por J.L.L. Moreno, o psico-drama, em que os clientes assumem o lugar de “atores” da sua própria vida. Segundo Moreno (1975:28) “(...) as técnicas psicodramáticas de desempenho de papéis como a inversão de papéis, a identificação de papel, o duplo desempenho, e o desempenho de espelho, contribuem para o crescimento mental da pessoa. (...) a função do papel é penetrar no inconsciente, desde o mundo social, para dar-lhe forma e ordem (...)”.

A terapia psicodramática utiliza, além da espontaneidade e criatividade, diversos recursos (diretor, audiência, sujeito e cenário ou palco) de modo a permitir a alteração de

papéis, sendo que é ao assumir de cada um que pode surgir uma mudança interior e, deste modo, tornar-se terapêutico. O cenário em que decorrem estas intervenções transmite mais segurança que uma situação real ao cliente, facilitando a expressar e gestão de conflitos não resolvidos. No final do drama, a situação é discutida e os membros do grupo podem ser auscultados sobre os seus sentimentos ou relacionarem a cena com experiências pessoais semelhantes, tornando-se a sessão benéfica para todos. (Pio Abreu, 2006; Townsend, 2011)

Tal como o psicodrama, o sociodrama inscreve-se na Teoria das Transições de Meleis, no sentido em que as sessões são organizadas de modo a permitir a reconstrução, através da análise e expressão.

Do processo de autoformação às dinâmicas terapêuticas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

“O conhecimento de perito, é desde logo também um conhecimento competente, e uma forma de conhecimento em si mesmo, e não apenas uma aplicação do conhecimento” (Ordem dos Enfermeiros, 2017:3).

Ao considerar como ponto de partida o que motiva a realização deste curso com especialização na área de saúde mental e psiquiátrica, i.e., utilizar como diagnóstico inicial a ausência de competências especializadas e como projeto o desenvolvimento e aquisição das competências especializadas, obtemos um trabalho de projeto focado no próprio estudante-profissional, focando o trabalho no processo de autoformação conduzido pelo próprio no decorrer da sua formação.

O Processo de Autoformação

O modelo teórico de Patrícia Benner, descrito na sua obra *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Benner, 2005), surge neste contexto devido às semelhanças e identificação com as vivências no decorrer do processo de aquisição de competências, marcado pela passagem profissional de perfil de licenciatura para o conhecimento ao nível do segundo ciclo académico e em específico na área de especialização de saúde mental e psiquiátrica que, por si só, remete para uma evolução e transformação do Eu para o cuidado ao Outro.

De acordo com Benner (2009), o nível de competência em enfermagem remete a quatro aspetos, nomeadamente: o recurso a experiências concretas do passado como paradigmas; a intuição como substituto do pensamento analítico, baseado nas normas; a perceção da situação como um todo, atentando apenas às partes fulcrais; e o envolvimento e participação ativa na situação.

Segundo a autora (Benner, 2001), são cinco os níveis de competência (*novice, advanced beginner, competent, proficient, expert*) na prática da enfermagem e traduzem-se do seguinte modo:

Iniciado (ou Principiante) – sem experiência, adquire-a através de descrição situacional por



Figura 5 - De Iniciado a Perito: Cinco níveis de conhecimento em Enfermagem (Benner, 2001)

outros; Segundo Nunes (2010), agirá como “digam-me o que é preciso fazer e eu faço”; Iniciado (ou Principiante) Avançado – experienciou casos reais, é capaz de identificar fatores significativos em situações semelhantes e formular princípios baseados na prática; Competente – quando “começa a aperceber-se dos seus actos em termos objectivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente”, de acordo com Nunes (2010) terá tipicamente 2 a 3 anos de exercício no mesmo contexto; Proficiente – encara as situações de modo holístico, como um todo e não em partes, sendo capaz de se adaptar com base no conhecimento de

experiências anteriores; e Perito – nível de desenvolvimento máximo, age intuitivamente, de modo complexo e eficaz e a sua ação vai além de regras, princípios e orientações práticas. (Benner, 2001; Nunes, 2010)

“A enfermeira perita apercebe-se da situação como um todo, utiliza como paradigmas de base situações concretas que ela já viveu e vai directamente ao centro do problema sem ter em conta um grande número de considerações inúteis”(Benner, 2001)

Psiquiatria de Adultos

“A ship in harbor is safe, but that is not what ships are built for.”

John Sedd.

Contributos do Estágio I

O primeiro Estágio I que realizei, i.e., que iniciei, mas que por circunstâncias alheias ao curso, não terminei, decorreu numa unidade de internamento misto, num contexto de Psiquiatria de Agudos, adultos, de uma Clínica Psiquiátrica. Concluí cinco das seis semanas previstas, pelo que considero ter sido a primeira experiência a valorizar. Este serviço tinha vinte e oito camas, entre quartos duplos e individuais, estes últimos geralmente utilizados em situações que exigiam maior supervisão, sendo dotados de câmaras de vigilância. A instituição possui cabeleireiro, jardim e bar, possibilitando aos utentes autónomos a manutenção das suas atividades de vida habituais. Esta clínica tem apenas regime de internamento voluntário, i.e., não existem internamento compulsivos. As visitas funcionam entre as 14h30 e as 18h00.

No Hospital de Dia, para onde alguns dos utentes do internamento são referenciados e que recebe também utentes externos e de outras unidades de internamento da instituição, desenvolve atividades de grupo.

Foi neste local que, pela primeira vez, realizei entrevistas a utentes no âmbito psiquiátrico, com os quais pude identificar fenómenos transferências e contratransferências, que me ajudaram a identificar as minhas próprias limitações, o que melhorar, mas também as capacidades, conhecimentos e características pessoais que formam a enfermeira que sou.

Quando “(...) o cliente desloca inconscientemente para o enfermeiro sentimentos formados em relação a uma pessoa do seu passado estamos perante um fenómeno de transferência (Sadock & Sadock, 2007 cit. Townsend, 2011:128)”, já a contratransferência corresponde à “(...) resposta emocional e comportamental do enfermeiro em relação ao cliente (Townsend, 2011:128)”. Ambos são fenómenos comuns, que podem surgir no decorrer da relação terapêutica e interferir na eficácia da intervenção, principalmente quando os sentimentos que partem do cliente são de raiva, comportamento hostil ou dependência do profissional e quando este, não tendo consciência da sua ocorrência é influenciado na condução da interação.

Neste estágio, tive conhecimento da existência de instituições psiquiátricas noutros países cujas características parecem corresponder ao que hoje perceciono como necessidades das pessoas a quem cuido no meu local de trabalho. Embora este local onde realizei este primeiro estágio tenha sido inaugurado já em 1995 e se encontre no centro da cidade, possui jardim externo e interno bem como largos corredores, tranquilos, com salas disponíveis com diversas atividades e serviços como cabeleireiro, café e capela, são várias as semelhanças que encontro com a arquitetura dos hospitais de Helsingør, em Frederiksberg, na Dinamarca e o

Helsingborg Hospital, na Suécia, com projetos recentes e que foram pensados e estruturados de modo a promover um local de restabelecimento da saúde mental, cujas características vão ao encontro do que os utentes em contexto agudo reportam como essencial – e que não o encontram, como luz natural ou espaços verdes. Há que notar que algumas situações de carácter efetivamente agudo, urgente e imprevisível que sucedem num internamento de psiquiatria de agudos não permitem que sejam atribuídas condições facilitadoras de comportamentos de risco, como são o caso das auto e heteroagressões. No entanto, alguns fatores levam-nos a crer que, após uma fase inicial de admissão aos serviços, o *Milieu* é mais importante do que, à partida, possa parecer e que a gestão ambiental e um espaço físico adequado poderá evitar comportamentos de menor risco, ainda que se tratem de situações cuja intervenção careça de controlo e resolução imediata.

As atividades disponíveis no Hospital de Dia para todos os utentes eram facultativas e realizadas por Psicólogas e Terapeutas Ocupacionais e incluíam Artesanato (3x/semana), Expressão Plástica (3x/semana) e Atividade Psicopedagógica (1x/semana). Além destas, existia ainda disponível um programa específico estruturado também pela equipa multidisciplinar que incluía reuniões diárias de 2ª a 6ªf (a cargo da Psicologia e Serviço Social), treino de Atividades de Vida Diárias e Reunião Comunitária (responsabilidade da Terapia Ocupacional), Psicoeducação, Treino de Aptidões Sociais, Treino Cognitivo, Grupo Terapêutico, Terapia Metacognitiva e Preparação para o fim-de-semana (realizadas pelas psicólogas), Psicomotricidade (2x/semana, realizado por psicomotricistas) e Reinserção na vida ativa (Assistentes Sociais). Deste modo, apenas a Caminhada ao Exterior e a Educação para a Saúde, ambas realizadas uma vez por semana cada uma, ficam sob a responsabilidade da Enfermagem.

Neste local pude, pela primeira vez, constatar na prática, o modo como os eventos de vida e as características socioeconómicas e familiares sobressaem tanto no processo de saúde-doença mental. Situações de divórcio (ou vários, no passado), ser ou ter filho adotivos, adições (consumos de álcool, tabaco ou estupefacientes).

Na verdade, e embora os Estágios considerados para avaliação no curso tenham decorrido em unidades de crianças e adolescentes, este foi o primeiro local em que contactei com adultos da minha idade ou mais novos, o que serviu também para compreender o tipo de trabalho realizado em diferentes faixas etárias e até mesmo ficar desperta para a ocorrência de alguns dos fenómenos de transferência e de contratransferência.

Experiência Profissional

“There is no health without mental health.”

David Satcher

Segundo a OMS⁴ (2001), Saúde constitui-se como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” e, por sua vez,

⁴ Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde (1946): "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity"

Saúde Mental refere-se ao “estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere (WHO, 2007)”⁵, assumindo-se assim a sua presença em todos os setores da saúde, e mais especificamente, da enfermagem na perspetiva do cuidado holístico. No decorrer deste mestrado, tive oportunidade de experienciar a mudança, ao alterar o meu local de trabalho, passando por três serviços distintos. Inicialmente desempenhava funções numa unidade de cuidados continuados de uma instituição especializada em doenças mentais e raras, pelo que muitas vezes tive contacto com utentes que careciam de cuidados do âmbito da psiquiatria. Posteriormente integrei um hospital privado, num internamento médico-cirúrgico, em que muitas vezes, as preocupações com o corpo ultrapassam o cuidado à mente e ao bem-estar psicológico. Por fim, concluí o período de transferências, ao integrar um serviço de Psiquiatria de adultos, em fase aguda, num hospital público. Pude constatar as diversas fases do internamento dos utentes, bem como os diversos estádios de algumas das doenças e respetivo impacto tanto na pessoa como na família, e o modo como as equipas se organizam a prol de cada uma dessas situações, consoante o contexto em que se encontram.

Embora existam cada vez mais esforços para o contrariar, o estigma associado à saúde mental ainda é um fator com bastante impacto no decurso destes processos – há famílias, amigos e pessoas de referência que verbalizam sentimentos de vergonha, indignidade, incompreensão e até mesmo casos de abandono.

Com os avanços na investigação, criam-se cada vez mais nomes para as mesmas coisas, diversas classificações internacionais, nomenclaturas... há, portanto, que haver um esforço para que os profissionais trabalhem com base na mesma linguagem para que todos saibam o que falam e, desse modo, chegar mais perto do real problema e foco do cuidado dos seus utentes.

Serviços de Psiquiatria são também locais em que quem quer ir embora não pode e quem pode, não quer. É frequente escutar pessoas referindo que querem ter alta e sair e outras que se sentem tão bem que querem ficar. Pelo que observámos, trata-se de pessoas que ainda estão muito doentes: os que querem ir, não suportam o tratamento, os que querem ficar, não compreendem que estão doentes.

⁵ Mental health: “a state of well-being in which the individual realizes his or her abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community”

Ao contrário dos locais por onde passei, no serviço onde exerço a minha atividade profissional não existem, atualmente, Licenças de Ensaio. Estas permitem, à minha observação dos outros serviços, uma melhor preparação para a alta, funcionando como um “teste” e uma adaptação progressiva ao lar.

Provavelmente decorrente da fase de desenvolvimento em que se encontram, uma das maiores diferenças que pude constatar entre crianças/jovens e adultos face a atitude comportamental em casos de ideação autolesiva é o modo impulsivo, ágil, violento de proceder. Ao passo que um adulto quando se pretende magoar o faz de modo aparentemente mais estudado e ponderado, um adolescente fá-lo e pronto, independentemente de estar a ser ou não observado.

Em Psiquiatria de adultos, os diagnósticos médicos são raramente fechados, isto é, na maioria dos casos identificam-se hipóteses diagnósticas com base nos sintomas e sinais que a pessoa apresenta. No caso das crianças e adolescentes, esta situação complica-se pelo facto de a estrutura individual ainda estar a ser formada e mais suscetível a mudança que um adulto.

Reflexão Pessoal

Durante todo este percurso de, quase, dois anos, existiram muitos momentos de reflexão pessoal que contribuíram igualmente para o meu desenvolvimento pessoal.

Uma das atividades que realizei e que teve maior impacto em mim, àquela altura, foi o Grupo Terapêutico. Embora a nossa presença nesta atividade deva representar um modelo e

não incitar mais dúvidas na conduta dos jovens, por vezes senti-me surpreendida com alguns dos exercícios propostos. Um dos exercícios que me deixou mais desconfortável aconteceu pouco tempo antes de escrever este texto e fiquei bastante tempo a pensar sobre o mesmo: a instrução sugeria que se formassem pares e que se mantivesse uma distância constante entre cada um dos envolvidos, enquanto estes se moviam; o segundo passo deste exercício correspondia ao “chamar nomes” à pessoa emparelhada connosco – sabia que seria difícil para mim, mesmo tratando-se de representação pois na minha vida não é muito frequente agredir alguém verbalmente (com exceção a casos em que me sinta igualmente agredida, irritada ou ofendida com algo que me tenham dito ou feito, ou se estiver a ter um mau dia e nesse caso zangar-me comigo própria). Senti que rapidamente os adjetivos de conotação negativa se esgotaram e tive de recorrer à representação que os outros pares estavam a executar – claramente mais fácil para os jovens, pelo que pensei que estes poderão estar habituados a este tipo de comportamento (enquanto emissor e recetor) e que muito do que sentem poderia estar a ser verbalizado naquele momento, ainda que a pessoa a quem se tivessem a dirigir pudesse não ser o destinatário desejado. Para mim, para ofender alguém por palavras não é comum, e parece-me que isso é bom. No entanto, sei que tal como estes jovens, às vezes o que deveria ser dito por palavras acaba por ser demonstrado por atos menos corretos e que acabam por ofender alguém, de outro modo. No global, penso que havia um grande desequilíbrio entre terapeutas e jovens neste exercício sendo que quando se trata de adjetivos negativos os jovens fazem uma associação mais rápida (ainda que pensei que fossem ainda mais ágeis do que foram) face aos adultos, enquanto nos adjetivos positivos encontram-se quase em igualdade, tendo eu sentido uma maior tranquilidade quando se trata dos adultos.

Lembro-me que no primeiro contexto em que realizei estágio, as situações que tive mais dificuldade em lidar, na altura, correspondiam a jovens, da minha idade ou com idades próximas, geralmente do sexo feminino e com hipóteses diagnósticas da vertente depressiva que se materializavam em ideias autolesivas, automutilações, ideação suicida e em muitos casos a própria tentativa, que as tinha levado ali. Quando conheci uma jovem da minha idade ou pouco mais nova, que tinha mutilado gravemente quase toda a sua superfície corporal, desde membros inferiores e superiores, tórax, abdómen, ombros senti-me incapaz de fazer o que quer que fosse, sem compreender o porquê ou o como. Quando conversei com ela, percebi que a sua angústia era tão grande que só o sofrimento que infligia ao sentir a lâmina a cortar o seu corpo era capaz de fazer suprir ou ultrapassar a dor que sentia ao contactar consigo própria.

Ao contrário do que tinha observado até então, percebi que as passagens de turno não eram baseadas no estado dos órgãos vitais, levantes, feridas ou suturas. Ali percebi que é importante avaliar a tensão arterial porque esta pode variar com uma crise de ansiedade, que há quem fique no leito para não atentar contra si ou terceiros, que as feridas podem decorrer de um corte propositado e que as suturas não são geralmente visíveis e correm risco de deiscência. Estes são os locais em que uma dor no peito é, mais depressa, um sinal de ansiedade que de enfarte e pode-se escutar algo como “senti que ia morrer agora” (sic).

O desenvolvimento de competências

“A prática é, em si mesma, um modo de se obter conhecimento”

Benner, 2001

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica reflete, enquanto área especializada na disciplina e profissão da Enfermagem, uma prática holística que contempla a relação de ajuda e as necessidades e capacidades de indivíduos, famílias e comunidades, baseada na evidência científica e nas teorias enfermagem, psicológicas, psicossociais e neurobiológicas. (OE, 2015)

Os contributos derivados do mestrado nas áreas da Política, Gestão, Supervisão e Formação, Epistemologia, Ética e Direito, Investigação completam a formação do enfermeiro no que respeita às competências comuns, i.e., conferidas a todas as especialidades da enfermagem, independentemente da sua área de especialização específica. Estas competências são verificadas no art.4º do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e atestam a “responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2011)”.

“No âmbito das intervenções clínicas especializadas de Enfermagem, não se pretende assim definir detalhadamente o que fazer e o que não fazer, reduzindo a acção dos Enfermeiros Especialistas a um conjunto de actividades e tarefas, antes sim, considerar uma intervenção assente na aplicação efectiva do conhecimento, evidências científicas e capacidades, indispensáveis no processo de tomada de decisão em Enfermagem”(Ordem dos Enfermeiros, 2017:3).

Dos domínios específicos das Competências Comuns, salienta-se, neste percurso o n.º 1 do Art.º 8º - Competências do domínio das aprendizagens profissionais:

“1 — As competências do domínio das aprendizagens profissionais são as seguintes:

a) Desenvolve o auto -conhecimento e a assertividade:

Demonstra, em situação, a capacidade de auto-conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional:

D1.1 — Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.

D1.1.1 — Desenvolve o auto-conhecimento para facilitar a identificação de factores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar.

D1.1.2 — Gere as suas idiosincrasias na construção dos processos de ajuda.

D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais.

D1.1.4 — Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.

Dada a importância que o autoconhecimento tem para o exercício desta especialidade, as características essenciais à relação terapêutica como *rapport*, confiança, respeito, autenticidade e empatia e a compreensão dos movimentos transferência/constratransferência foram considerados e analisados a par dos orientadores de Estágio em cada contexto.

Além das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, constantes do Regulamento n.º122/2011 (Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011) e acima descritas, é no Diário da República, 2.ª série — N.º 151 — 7 de agosto de 2018 que se encontram descritas as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

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

“Conhece-te a ti mesmo.”

Sócrates

Recorrendo à expressão pleonástica socrática do conhecimento sobre si mesmo, e ao trabalho desenvolvido por Foucault sobre o cuidado de si numa perspetiva filosófica, encontram-se pontos de ligação com o propósito do ser enfermeiro de saúde mental e psiquiátrica, considerando que este se autodesenvolve no e para o cuidado ao Outro.

Sendo o modo como nos tornamos quem somos a questão central da discussão do cuidado de si, Foucault (1998:30) sugere que “a ênfase é dada, então, às formas das relações consigo, aos procedimentos e às técnicas pelas quais são elaboradas, aos exercícios pelos quais o próprio sujeito se dá como objeto a conhecer e às práticas que permitem transformar seu próprio modo de ser”.

No caso do EEESMP, deontologicamente este “compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais (...) e presta cuidados centrados no cliente ao longo do ciclo vital, em contextos profissionais, no internamento e na comunidade. Considera a pessoa como ser único inserido numa família e no seu ambiente comunitário, respeitando a sua dignidade, valores, crenças e hábitos de vida, vendo-a como parceiro preferencial e ativo, capaz de tomar decisões sobre a sua saúde e bem-estar e ser corresponsável em todo o processo de cuidados (OE, 2015)”.

Por sua vez, a enfermagem de saúde mental

“Foca-se na promoção da saúde mental e do bem-estar, na identificação dos riscos para a saúde mental, na prevenção da doença mental, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental, no tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental (OE, 2015)”.

É no art.4º do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (Ordem dos Enfermeiros, 2018) que se encontram descritas as quatro competências que caracterizam a atividade do EEESMP, nomeadamente:

“a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;

É, sobretudo, nesta competência que incide o percurso abordado neste Relatório de Estágio.

Face às etapas de desenvolvimento do profissional apresentado por Benner, considera-se que a realização deste mestrado reflete a evolução e percurso que um enfermeiro de cuidados gerais segue até se tornar especialista. Nem só do conhecimento científico e clínico se caracteriza o “saber-saber”: é que para além do saber relacionado ao cuidado em si, aos outros enquanto seres únicos e individuais no cuidar, muito há também do profissional que está em relação e no seu exercício.

F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.

F1.1.1. Identifica no aqui-e- agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar.

F1.1.2. Gere os fenómenos de transferência e contra — transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica.

F1.1.3. Mantém o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico.

F1.1.4. Monitoriza as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica.

Ao longo destes meses, em todos os Estágios e contextos e, sobretudo, na prestação de cuidados no meu local de trabalho com os movimentos reflexivos a que este tipo de formação nos exige, compreendi que não há como não olhar para nós, enquanto seres humanos, pessoas individuais dotadas de emoções e sentimentos, mesmo quando vestimos uma farda para trabalhar. Foi sem dúvida no decorrer das sessões de DM que mais me senti vulnerável, talvez por estar a aplicar algo que tinha desenvolvido, mas sobretudo porque, naquele espaço, dava tanto de mim como todos os outros que ali estavam comigo. Aquele era o espaço mais puro e inocente – as crianças viam-nos não só como enfermeiras, que impunham as normas do serviço, que assistam às refeições e lhes davam medicação, que os acordavam ou adormeciam, naqueles momentos eles viam-nos como adultos de referência, que não ocultavam o que estavam a sentir

e que sentiam e partilhavam com eles, fossem momentos mais ou menos fáceis. E o mais incrível: continuava a ser enfermeira, mas a partir daqueles momentos com uma relação mais segura, mais fortalecida, mais próxima daquelas crianças e daqueles adolescentes. Aliás, não só deles, mas também das minhas colegas, com quem aprendi a gerir sessões através de olhares, toques e abraços.

b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;

Há que encarar a pessoa como um ser que existe fora do ambiente hospital. Em muitos casos, as crianças nunca experienciaram um internamento e este pode representar apenas um episódio pontual na sua vida. Por motivos que muitas vezes ultrapassam as equipas, lamentavelmente, existem casos em que o sucesso não se verifica e os utentes têm de ser novamente internados ou acompanhados regularmente após alta clínica. Obviamente que todas estas situações têm impacto não só na sua vida como também na vida dos que os rodeiam. É, portanto, essencial que os esforços ocorram também na comunidade, preferencialmente na promoção da saúde e na prevenção da doença, de modo a que não seja necessário proceder ao tratamento nem à reabilitação, ou que estes aconteçam em casos exceção e não regra.

c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;

As intervenções de enfermagem variam conforme o contexto e população. No entanto, em todos estes são incluídos a família e outros recursos que completam a esfera individual da pessoa central aos cuidados, sendo muitas vezes necessário articular com outros serviços, instituições ou interfaces na comunidade, como o caso das escolas que cheguei a visitar no âmbito comunitário. No caso da UIPIA, enquanto estão internadas, as crianças/adolescentes podem – e são incentivadas a – frequentar a escola disponível no hospital.

d) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.”

A implementação da atividade terapêutica Dança e Movimento, bem como todo o processo que a acompanhou, sob orientação de elementos especializados, teve como objetivo a promoção do bem-estar no decorrer do internamento, em fase aguda de uma situação que veio perturbar o seu equilíbrio e saúde mental. Ao contrário de algumas atividades que se

realizam com base nos processos psicopatológicos e na doença em si, a diferença desta atividade é que proporciona um espaço de prazer, em que o utente pode, sem recorrer a palavras, experienciar um conjunto de emoções positivas.

“A especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução (OE, 2015)”.

Atividades socioterapêuticas e psicoterapêuticas: por exemplo, no Estágio I, a maioria das atividades realizadas em Hospital de Dia poderiam ser planeadas, organizadas e realizadas em articulação por EESMP, considerando as competências previstas na legislação e concedidas através dos conhecimentos e experiência adquiridas. Existem outros locais, com menor diversidade profissional, onde são os enfermeiros que realizam este tipo de atividades, em exclusividade, com resultados positivos.

CONCLUSÃO

“Sinto, logo existo.”

[autor desconhecido]

Escutei algures que para compreender um adulto devemos questionar sobre a sua infância. A partir desta experiência, fiquei com a ideia de que na Psiquiatria é um pouco isso que acontece, pois pude crescer enquanto pessoa e enfermeira, ao lado destas crianças, permiti-

me compreender ou pelo menos repensar, aquilo que encontrava como problemática nos adultos.

Quando aceitei esta aventura e abri os braços ao privilegio de poder contactar com todas estas pessoas em fases vivenciais tão difíceis da sua vida, percebi que tanto crianças e adolescentes como adultos em fase mais precoce ou mais tardias das suas vidas, têm no seu interior materiais infindáveis que transportam consigo, que os fazem ser quem são, que nos passam (e tantas vezes me passaram e continuam a fazê-lo) as cicatrizes – neste sentido mais negativo, de ferimento -, ou tatuagem, no sentido mais positivo e demonstrativo da sua vontade -, o que viveram até se cruzarem no nosso caminho, o que nos permitem ver ao emprestar gentilmente os seus óculos para vermos e os seus sapatos para caminharmos, tantas vezes de modos que nem o maior criativo alcança, na imprevisibilidade das suas ações e palavras – como também da falta delas.

Quando aceitei o desafio de integrar a Dança e Movimento, não imaginava – e acredito que tal como a minha orientadora -, o impacto que a atividade teria em mim (em nós), e nas crianças. De repente, tínhamos descoberto um território inexplorado, vasto e rico em emoções e sentimentos. Tratava-se de um lugar criado sessão após sessão, previamente planeado...

A mudança é difícil. Mudar-me, a mim, depende, sobretudo, de mim; mudar os outros, não. Saber lidar com a frustração de querer mudar algo que encaramos como nefasto à vida humana que não estar ao nosso alcance, tal como aprender a escutar sem nada dizer e esperar que nós, enquanto profissionais e pessoas, com as nossas atitudes e palavras, tenhamos algum impacto nos outros, é muito do que se aprende no decorrer desta experiência que é ser enfermeiro no caminho da formação em saúde mental e psiquiátrica.

Mudar contextos não é igualmente fácil. À medida que ia conhecendo, observando e integrando planos e métodos de trabalho, características e recursos institucionais, mais queria levar comigo para aqueles que considerava como “os meus sítios”, aqueles onde efetivamente prestava cuidados. Hoje mantenho essa vontade sentindo, no entanto que a mudança ocorre quando nos propomos a realizá-la, mas sobretudo quando os outros estão dispostos a recebê-la e fazer parte dela, ao nosso lado.

Do meu ponto de vista, as unidades e serviços dedicados às problemáticas de saúde mental e psiquiatria deveriam aproximar-se, sempre que possível, às características e recursos

que as pessoas que delas necessitam possuem no seu dia-a-dia e, pelo contrário, não funcionar com base na privação, imposição de regras, rotinas ou nos profissionais que nelas exercem. O que para uma pessoa pode ser funcional para outra poderá não ser. Corrigir hábitos prejudiciais ao bem-estar mental, como o número de horas sono, ou os autocuidados como a higiene e alimentação adequada é aceitável; pensar que todas as pessoas adormecem e acordam à mesma hora, se alimentam das mesmas quantidades, vestem as mesmas roupas, tomam banho à mesma hora – i.e., que têm as mesmas necessidades nas mesmas alturas do dia -, é ilusório, e não considera a individualidade de cada um. É compreensível que num serviço a que chegam casos agudos, muitas vezes imprevisíveis e em situações de risco, a necessitar de cuidados reforçados, se torne difícil integrar. Talvez a concomitância de situações agudas – acabadas de chegar – com situações já próximas da data de alta ou de menor risco -, não seja o melhor para ambos. A possibilidade de um serviço de observação de urgência psiquiátrica, no caso dos hospitais, poderá facilitar a gestão terapêutica do ambiente nos diversos casos.

Outras das situações a considerar é o regresso a casa, a preparação para a alta, a articulação com estruturas na comunidade e a melhoria e desenvolvimento destas. De outro modo, estaremos a cuidar de pessoas num contexto seguro e à medida dos profissionais, mas que no momento final do internamento de cada utente em pouco se assemelhará com a sua funcionalidade e hábitos de vida. A articulação entre os contextos de crianças/adolescentes e adultos deve ser outra realidade a explorar, visto que em muitos casos, após a criança ultrapassar a maioridade, os processos deixam de ser efetuados no mesmo contexto.

Ah! E, crianças: Aprendi que, por vezes, somos nós que as seguramos nos braços, outras tantas são elas que nos fazem tirar os pés do chão, metafórica e literalmente...

REFERÊNCIAS

- 5Rhythms. (2018). 5 Rhythms: Why We Dance Them. Retrieved from <https://www.5rhythms.com/gabrielle-roths-5rhythms/why-we-dance-them/>
- Alto Comissariado da Saúde. (2008). Plano nacional de saúde mental 2007—2016- Resumo Executivo.
- Amaral, C. (2010). Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental. Lusociência, Loures. ISBN: 987-972-8930-55-4
- American Psychiatry Association. (2013). *DSM-V-TR - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed. <http://doi.org/10.11769780890425596>
- Anderson, A. N., Kennedy, H., DeWitt, P., Anderson, E., & Wamboldt, M. Z. (2014). Dance/movement therapy impacts mood states of adolescents in a psychiatric hospital. *The*

Arts in Psychotherapy, 41(3 OP-In The Arts in Psychotherapy July 2014 41(3):257-262), 257.
<http://doi.org/10.1016/j.aip.2014.04.002>

- Benner P; Tanner C.; Chelsla C. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics* (2ªed.). New York: Springer.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (2ª). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cristina Lellis; Mônica Fizola; Noeme Carvalho. (2002). *Jogos Expressivos*. Brasília.
- Cyrulnik, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Odile Jacob.
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. (n.d.-a). “experiência.” Retrieved August 21, 2018, from <https://www.priberam.pt/dlpo/experiência>
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. (n.d.-b). “prática.” Retrieved August 21, 2018, from <https://www.priberam.pt/dlpo/prática>
- Duberg, A., Hagberg, L., Sunvisson, H., & Möller, M. (2013). Influencing self-rated health among adolescent girls with dance intervention: A randomized controlled trial. *JAMA Pediatrics*, 167(1), 27–31. <http://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.421>
- Emck, C. (2014). Double trouble? Movement behaviour and psychiatric conditions in children: An opportunity for treatment and development. *The Arts in Psychotherapy*, 41(2 OP-In The Arts in Psychotherapy April 2014 41(2):214-222), 214. <http://doi.org/10.1016/j.aip.2014.02.007>
- Foucault, M. (1998). *História da sexualidade II: O uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal.
- Konder, L. (1993). *O futuro da filosofia da práxis*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Koolae, A. K., Sabzian, M., & Tagvae, D. (2014). Moving to ward Integration : Group Dance /movement therapy with children in Anger and Anxiety. *Middle East Journal of Nursing*, 8(4 OP-Middle East Journal of Nursing; Nov2014, Vol. 8 Issue 4, p3-7, 5p), 3. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=eds-live&db=edb&AN=99389050>
- Maravilha, A. (2014). Avaliação do risco clínico em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica da infância e adolescência. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/16376>
- MELEIS, Afaf I. (2010) – *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0534-9

- Monteiro, P. (2014). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* (1ª edição). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- MORENO, Jacob (1975). *Psicodrama*. 10ª edição São Paulo: Cultrix ISBN 85-316-0321-8
- Neuman, Betty (1995). *The Neuman Systems Model* (3ª ed). Connecticut: Appleton & Lange.
- Nunes, L. (2010). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem - uma exploração da natureza e atributos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Percursos*.
- Nunes, P. (2013). PULSO 120: promoção da saúde mental de adolescentes, utilizando a dança como recurso terapêutico de enfermagem. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=eds-live&db=edsrca&AN=rcaap.openAccess.10400.26.16136>
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º122/2011 (Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011)
- Ordem dos Enfermeiros. Parecer n.º10/2017 (2017). Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º515/2018 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (2018).
- Organização Mundial de Saúde. (2001). Constituição da Organização Mundial da Saúde. Retrieved from <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- Pereira, P. (2011). Grupos de dança e movimento como intervenção terapêutica de enfermagem. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=eds-live&db=edsrca&AN=rcaap.portugal.10400.26.15653>
- PIO ABREU, José L. (2006). *O Modelo do Psicodrama Moreniano*. 3ª edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN972-796-223-8
- Ravelin, Teija, Kylmä, Jari, & Korhonen, Teija. (2006). Dance in mental health nursing: a hybrid concept analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 307-317.
- Serviço Nacional de Saúde. (2018). Retrato da Saúde. (Ministério da Saúde, Ed.). Lisboa. Retrieved from https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. (LUSOCIÊNCIA, Ed.) (6a Ed.). Loures.
- WHO. (2007). *Mental health : strengthening mental health promotion*. Fact Sheet,

(September 2007), 1–2. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/print.html>

- World Health Organization. (2013). Mental Health Action Plan 2013-2020. WHO Library Cataloguing-in-Publication DataLibrary Cataloguing-in-Publication Data, 1–44. <http://doi.org/ISBN 978 92 4 150602 1>
- WHO. (2018). Adolescent health and development. Retrieved from http://www.searo.who.int/entity/child_adolescent/topics/adolescent_health/en/
- Xavier, M., Paixão, I., Mateus, P., Goldschmidt, T., Pires, P., Narigão, M., ... Leuschner, A. (2017). Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020. Comissão Técnica de Acompanhamento Da Reforma Da Saúde Mental, 1–32. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>

Referência das Figuras e Ilustrações:

- Ilustração 1: 5 Rhythms Medicine Mandala: <https://www.5rhythms.com/gabrielle-roths-5rhythms/>
- Fig. 2: 5 Rhythms Cicle: <https://www.5rhythms.com/gabrielle-roths-5rhythms/what-are-the-5rhythms/>
- Fig. 4: World Cloud: <https://www.wordclouds.com/>

APÊNDICES

APÊNDICE I

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DA ATIVIDADE TERAPÊUTICA DANÇA E MOVIMENTO

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DA ATIVIDADE TERAPÊUTICA DANÇA E MOVIMENTO

SESSÃO N.º [__] – DATA [__/__/____]

IDENTIFICAÇÃO	COMPORTAMENTO	ENTREVISTA

APÊNDICE II

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA:
DANÇA E MOVIMENTO COM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES - ATIVIDADE TERAPÊUTICA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIATRIA

Dança e Movimento com crianças e adolescentes - atividade terapêutica em enfermagem de saúde mental e psiquiatria: revisão integrativa

Ana Margarida Dâmaso (am.damaso@gmail.com)

Resumo:

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura para estudar o impacto da atividade terapêutica Dança e Movimento em crianças, no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Recorreu-se a pesquisa nas bases de dados Ebsco e B-ON, tendo resultado em três artigos de 2014 onde é utilizada a Dança e Movimento. Os resultados dizem respeito à realidade internacional e concluem que a DMT pode ser utilizada em todas as idades, raças e etnias, como prevenção da doença mental e promoção de saúde bem como na redução da sintomatologia em algumas doenças do foro psiquiátrico. Carece de mais estudos experimentais.

Descritores:

dança e movimento; crianças e adolescentes; enfermagem de saúde mental e psiquiátrica

Abstract:

This is an integrative review of the literature which aims to study the impact of the Dance and Movement Therapy in children as a therapeutic intervention in mental health and psychiatric nursing. The research finds include three articles from 2014 where they use DMT, searched in Ebsco and B-on. The results reflect the international reality and demonstrates that DMT can be used in all ages, races, ethnicities, as disease prevention and health promotion as well as in reducing the symptoms in several psychiatric disorders. Further experimental studies are suggested.

Key-words:

dance and movement; children and adolescents; mental health and psychiatric nursing

INTRODUÇÃO

A temática em questão – Dança e Movimento enquanto atividade terapêutica – surge como projeto implementado num serviço internamento de Pedopsiquiatria num Hospital de Lisboa, aquando da realização de um estágio de Enfermagem da área de especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria.

A opção por uma Revisão Integrativa é neste caso considerada por se tratar de uma metodologia abrangente que possibilita uma análise consistente do assunto (Souza et al, 2005).

A Associação Americana de Dança Terapia define a terapia de dança/movimento como “o uso psicoterapêutico do movimento para promover a integração emocional, cognitiva, física e social do indivíduo” (ADTA, 2014).

As sessões de DMT têm como objetivos a identificação de emoções e sensações através da conexão corpo-mente e da partilha da sua experiência, de modo a explorar o seu interior através do sentir do corpo físico (Sheets-Johnstone, 2010)

Além disto, trata-se de um processo criativo que promove a sentido de empoderamento e a motivação para atingir os objetivos do seu processo terapêutico, encorajando a externalização do vivo interior, consciencializando e flexibilizando estratégias de coping (Cropley, 1990; King & Pope, 1999).

A utilidade da DMT é mais evidente em adultos com distúrbios psiquiátricos como ansiedade, tensão, depressão e baixa autoestima (Heber, 1993; Koch, Morlinghaus, & Fuchs, 2007)

Embora com uma amostra reduzida, em 45 indivíduos com Esquizofrenia, 10 semanas de DMT reduziram a sintomatologia negativa (verificado através da Positive and Negative Affect Scale) (Ren & Xia, 2013).

Crê-se que o movimento exprime algo que as palavras não conseguem, sendo que o se trata de uma linguagem não-verbal em que o corpo descreve o que o indivíduo sente (Levy, 2005).

OBJETIVO

Apresentar os resultados da evidência atual sobre os efeitos da Terapia pela Dança e Movimento, evidenciando os achados referentes ao âmbito de intervenção terapêutica em enfermagem de saúde mental e psiquiatria com crianças e adolescentes.

METODOLOGIA:

Tendo mo questão de partida “Quais os efeitos das intervenções terapêuticas de dança e movimento em crianças e adolescentes em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica?”, procedeu-se à pesquisa nas bases de dados Ebsco e B-On com os descritores “dança e movimento”, “crianças e adolescentes”, “enfermagem de saúde mental e psiquiátrica”, “dance and movement”, “children and adolescents”, “mental health and psychiatric nursing”.

RESULTADOS

Para este estudo foram considerados três artigos que melhor responderam aos critérios estabelecidos bem como à pertinência e objetivo da temática a abordar, encontrando-se resumidos na tabela abaixo.

Os critérios de inclusão utilizados foram o ser em língua portuguesa ou inglesa, texto integral e publicados após 2007. Os critérios de exclusão incluíram todos aqueles estudos secundários e que se referiam a pessoas com idade igual ou superior a 18 anos.

Fonte	Título	Autores	Publicação	Considerações
Ebsco	Moving toward Integration: Group Dance/movement therapy with children in Anger and Anxiety	Anahita Khodabakhshi Koolae; Mehrnoosh Sabzian; Davood Tagvae	MIDDLE EAST JOURNAL OF NURSING VOLUME 8 ISSUE 4, NOVEMBER 2014 (p.3-7)	A DMT pode ter benefícios para as crianças com irritabilidade e ansiedade. Promove o sentido de segurança, autoconsciência, mindfulness e saúde mental.
B-ON	Dance/movement therapy impacts mood states of adolescents in a psychiatric hospital	hospitalAshley N. Anderson; Heather Kennedy; Peter DeWitt; Erin Anderson; Marianne Z. Wamboldt	The Arts in Psychotherapy 41 (2014) 257–262	402 utentes entre 14-21 anos de idade internados num serviço de psiquiatria foram submetidos a avaliações do estado emocional através da escala FACE, concluindo que a DMT pode ser útil em variados âmbitos.
B-ON	Double trouble? Movement behaviour and psychiatric conditions in children: An opportunity for treatment and development	Claudia Emck	The Arts in Psychotherapy 41 (2014) 214–222	A terapia através da dança e do movimento apresenta benefícios para crianças com distúrbios emocionais, comportamentais e do espectro do autismo.

Tabela 1 – Resultados principais dos artigos incluídos no estudo

No estudo realizado por Anderson et al (2014) incluíram-se 402 utentes (13-21 anos de idade) de três unidades de um hospital pediátrico – unidade de dia da adolescência, unidade de internamento psiquiátrico de adolescentes e unidade de perturbações da alimentação. As sessões de DMT realizadas tiveram cerca de 60-75' e os diagnósticos mais frequentes foram perturbações do humor e perturbações do comportamento alimentar.

A avaliação foi realizada através do instrumento Fast Assessment of Children's Emotions (FACE) que inclui seis dimensões (raiva, tristeza, energia, confusão, cansaço e ansiedade) e foi aplicando antes e após cada sessão realizada.

Os adolescentes internados no serviço de psiquiatria com distúrbios emocionais e de comportamento moderados-severos não estão conscientes dos seus estados de humor nem dos pensamentos interiores e têm dificuldade em regulá-los. O desafio de uma unidade de internamento é ligar-se à criança de modo a que esta sinta que os seus problemas são compreendidos e ensiná-la estratégias de coping adequados à sua situação (Anderson et al, 2014).

As metodologias que envolvem a comunicação não-verbal como é o caso da DMT pode muitas vezes ser a primeira estratégia para ajudar um jovem deprimido, ansioso, irritado e muito controlado na identificação dos seus estados internos e a expressá-los de maneira benéfica. Deste modo, ao ajudar os jovens a tornar-se mais conscientes sobre os seus estados internos, a DMT surge como estratégia de coping para modular emoções (Anderson et al, 2014).

Os resultados mostraram que a maioria dos utentes apresentou mudanças no seu humor antes e após as sessões de DMT, particularmente a diminuição na irritabilidade e confusão, tendo o primeiro sido o fator de maior mudança pós-sessão em ambos os sexos, masculino e feminino. Cerca de 4-18% dos utentes demonstraram o aumento de sentimentos negativos como tristeza ou irritação o que pode significar um novo insight no decorrer da sessão, o que poderá por sua vez ser terapêutico em determinadas situações. Estes resultados mostram, por sua vez, que a DMT pode ser integrada em unidade psiquiátricas envolvendo utentes com variados diagnósticos, gravidade e diferenças demográficas (Anderson et al, 2014).

Num estudo realizado por Koolae et al (2014) em 2013, pretendeu-se avaliar o efeito da DMT como nova terapia adjuvante no cuidado a crianças com comportamento agressivo e ansiedade, no Teerão. Trinta crianças com idades compreendida entre 6 e 7 anos, de quatro pré-escolas privadas no Teerão integraram aleatoriamente o estudo (15 experimental, 15 de grupo) para, através de dois questionários (Children's Inventory of Anger – ChIA; Spence Children Anxiety Scale – SCAS) se compararem as variáveis ansiedade e agressão durante 10 semanas, durante as quais as crianças do grupo experimental integraram 10 sessões de 1h de DMT. Os resultados deste estudo sugerem que o grupo de crianças submetido à intervenção DMT diminui os níveis de raiva e ansiedade.

DISCUSSÃO:

Os primórdios da terapia dança/movimento (DMT) remetem para os anos 1940, associado aos benefícios encontrados por Marian Chace na implementação deste método em utentes psiquiátricos, tendo mais tarde surgido a Associação Americana de Dança Terapia, promovendo as vivências físicas, emocionais e cognitivas através do movimento (Anderson et al, 2014). Atualmente este método procura responder às necessidades de diversos utentes, sendo aplicado por terapeutas de dança/movimento, psicólogos e psiquiatras (Anderson et al, 2014).

A literatura tem evidenciado benefícios da DMT em diversas populações: melhoria da qualidade de vida em pessoas com cancro (Bradt, Goodill, & Dileo, 2011; Sandel et al., 2005 cit. Anderson, 2014) e com diagnósticos psicológicos (S. Koch, Kunz, Lykou, & Cruz, 2014 cit Anderson, 2014), promoção do coping em adultos com fibromialgia (Bojner Horwitz, 2004 cit. Anderson, 2014), promoção da autoconsciência (Barton, 2011 cit. Anderson, 2014).

De acordo com a Associação Americana de Dança Terapia, esta actividade pode ser utilizada com pessoas de todas as idades, raças e etnias, individualmente ou em grupo (família, casal) e integrar tanto no sector público como privado, programas de prevenção de doença ou promoção da saúde nos serviços médicos, de saúde mental, reabilitação, educacionais e forenses, como lares e centros de dia (ADTA, 2014 cit. Koolae et al, 2014). Os benefícios das sessões de DMT individual e de grupo são variados e têm demonstrado eficácia em pessoas com perturbações do foro médico, do desenvolvimento, físicos, sociais e psicológicos (ADTA, 2014 cit. Koolae et al, 2014).

Por sua vez, os profissionais podem obter informações sobre as forças e limitações físicas e psicológicas dos utentes através da observação (Anderson, 2014).

A terapia através da dança e do movimento apresenta benefícios para crianças com distúrbios emocionais, comportamentais e do espectro do autismo (Emck 2014).

CRIANÇAS e ADOLESCENTES

Visto que a DMT aborda necessidades psicológicas em crianças (Cohen & Walco, 1999 cit. Anderson, 2014), apresentando efeitos positivos em crianças que sofreram de trauma (D. A. Harris, 2007; Pierce, 2014 cit. Anderson, 2014), maus-tratos (Betty, 2013 cit. Anderson, 2014) e abusos (Goodill, 1987 cit. Anderson 2014).

Existe também evidencia que tem efeitos em várias perturbações psiquiátricas como: depressão (Jeong et al., 2005 cit. Anderson, 2014), comportamento (Erfer & Ziv, 2006 cit. Anderson, 2014), hiperatividade e défice de atenção (Grönlund, Renck, & Weibull, 2005 cit. Anderson, 2014) e autismo (Hartshorn et al., 2001 cit. Anderson, 2014).

Em adolescentes do sexo feminino, 12 semanas de DMT aumentaram os níveis de serotonina e diminuíram os de dopamina, melhorando a somatização, obsessivo-

compulsivo, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, fobia, ideação paranoide e sintomas psicóticos (Jeong et al., 2005 cit. Anderson, 2014).

Em crianças com necessidades especiais, a DMT pode ser indirectamente benéfico ao criar uma nova oportunidade para que estas adquiram novas competências e modifiquem os seus comportamentos (Leventhal, 1980)

A DMT tem ainda vindo a ser usada para lidar com a agressividade e empatia: como estratégia preventiva nas escolas públicas (Hervey, L., & Kornblum, 2006 cit. Koolae et al, 2014), num ambiente escolar multicultural (Koshland, L., & Wittaker, 2004 cit. Koolae et al, 2014) e num programa de tratamento residencial para crianças com dificuldades emocionais e comportamentais com historia de abuso e/ou negligencia (Shennum, 1987 cit. Koolae et al, 2014).

Crianças que participaram em sessões de DMT apresentaram melhores resultados na ressonância afetiva e no comportamento negativo (Shennum, 1987 cit. Koolae et al, 2014)

É provável que a coesão e sentido de segurança experienciados durante as sessões de DMT permitam o alcance mais efetivo dos objetivos terapêuticos (Anderson, 2014).

BENEFICIOS

As sessões de DMT de grupo produzem sincronia, expressão, ritmo, vitalização, integração, coesão de grupo, educação e simbolismo (Schmais, 1985 cit. Koolae et al, 2014)

Alguns destes efeitos correspondem na prática a mudanças positivas, crescimento e melhoria do estado de saúde (Schmais, 1985 cit. Koolae et al, 2014).

Existe ainda evidência de que a DMT tem impacto na saúde mental das crianças nomeadamente no trauma grave (Hervey, L., & Kornblum, 2006 cit. Koolae et al, 2014), depressão, perturbação da hiperactividade e défice de atenção, perturbação do comportamento, psicose, ansiedade e stress pós-traumático decorrente de abuso físico e sexual (Erfer, T., & Ziv, A, 2006; Gronlund, E. et al 2005 cit. Koolae et al, 2014), bem como em crianças com comprometimento das competências comunicacionais e motoras (Caf, B. et al, 1997 cit. Koolae et al, 2014), crianças (e outra vítimas) que eram soldados ou sobreviveram a tortura (Harris, D.A., 2007 cit. Koolae et al, 2014).

CONCLUSÕES:

Além de o movimento exprimir o que muitas vezes as palavras por si só não permitem pela verbalização, a participação numa sessão de DMT parece encorajar e facilitar o risco pessoal na partilha de movimentos e emoções. É, no entanto, importante que os participantes se consciencializem sobre o corpo e as emoções pelo que a intervenção do profissional deve

contemplar a validação das variações de humor no decorrer da sessão e a experiência, no final (Anderson et al, 2014).

Os resultados de diversos estudos sugerem ainda que grupos de crianças submetidos à intervenção DMT diminuí os níveis de raiva e ansiedade (Koolae et al, 2014) e que esta terapia apresenta benefícios para crianças com distúrbios emocionais, comportamentais e do espectro do autismo (Emck, 2014).

São sugeridos em diversos estudos a necessidade de maior evidência experimental e respetiva divulgação.

REFERÊNCIAS:

- American Dance Therapy Association (ADTA) – What is Dance/Movement Therapy? [disponível em: www.ADTA.org/About_DMT] (2014)
- Anderson et al - Dance/movement therapy impacts mood states of adolescents in a psychiatric hospital. *The Arts in Psychotherapy* 41 (2014) 257–262.
- Cropley, A. J. - Creativity and mental health in everyday life. *Creativity Research Journal*, 3(3), 167–178. 1990. <http://dx.doi.org/10.1080/10400419009534351>
- Emck, C. - Double trouble? Movement behaviour and psychiatric conditions in children: An opportunity for treatment and development. *The Arts in Psychotherapy* 41 (2014) 214–222
- Heber, L. - Dance movement: A therapeutic program for psychiatric clients. *Perspectives in Psychiatric Care*, 29(2), 22–29. 1993. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6163.1993.tb00408.x>
- King, B. J., & Pope, B. - Creativity as a factor in psychological assessment and healthy psychological functioning. *Journal of Personality Assessment*, 72(2), 200–207. 1999. <http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jp720204>
- Koch, S. C., Morlinghaus, K., & Fuchs, T. (2007). The joy dance: Specific effects of a single dance intervention on psychiatric patients with depression. *Arts in Psychotherapy*, 34, 340–349. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2007.07.001>
- Koolae et al – Moving toward Integration: Group Dance/movement therapy with children in Anger and Anxiety. *Middle East Journal of Nursing* Vol. 8 (4), nov.2014 (p.3-7).
- Levy, F. J. - *Dance Movement Therapy: A healing art* (2nd ed.). 2005. Reston: National Dance Association: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance.
- Ren, J., & Xia, J. (2013). Dance therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD006868. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006868.pub3>
- Sheets-Johnstone, M. - Why is movement therapeutic? *American Journal of Dance Therapy*, 32(1), 2–15. 2010. <http://dx.doi.org/10.1007/s10465-009-9082-2>

- Souza et al. Revisão Integrativa: O que é e como fazer? Rev. einstein. 2010; 8 (1 Pt 1): 102-6. [disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf]
- Whitemore R, Knafk K. The integrative review: update methodology. J Adv Nurs. 2005;52(5):546-53